Rok XXXII. Kraków, 1. Kwietnia 1893. Nr. 13.

Redakcyja: Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 9. Telefonu Nr. 108.

Administracyja: Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Pères.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie* nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saintes Pères,

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ $1^1/_2$ „	„ $3^1/_8$ „	„ 6 „

TREŚĆ

I. Przypadek *endometritis tuberoso-polyposa.*[1])

Podał

Prof. Dr. A. Mars.

Przypadki *endometritis tuberoso-polyposa* u osób ciężarnych, aczkolwiek nie zaliczają się do rzadkich i mają dość obszerną literaturę, nie są dostatecznie zbadane. Pochodzenie ich nieznane, przebieg często zawikłany, badanie i rozpoznanie bardzo utrudnione a rokowanie wątpliwe.

Przed niedawnym czasem miałem sposobność obserwowania przez kilka miesięcy przypadku, który nastręczył mi spostrzeżenia pod względem ważnym, bo rozpoznawczym; podaję go zatem poniżej:

N. N., 35 lat licząca, zamężna, miesiączkowała zawsze prawidłowo w regularnych odstępach czasu. Tuż po zamążpójściu zaszła w ciążę i poroniła, potem rodziła trzy razy, płody żywe, donoszone. 5-ta ciąża przerwana sztucznie z przyczyny krwotoków powstałych z poprzedzania łożyska; urodzony płód niedonoszony i niezdolny do życia, który niebawem obumarł. Następnie roniła dwa razy, poczem przed dwoma laty urodziła płód żywy, donoszony. Przed 6 laty leczyłem pacyentkę z przyczyny bardzo znacznego nieżytu błony śluzowej szyi i jamy macicy z wydzieliną ropną i rozległemi owrzodzeniami części pochwowej.

W pierwszych dniach maja b. r. wezwano mię do chorej, która podała, że obecnie jest w ciąży, ostatni raz miesiączkowała na początku lutego, co tylko odbyła kilkunastogodzinną podróż koleją i cały dzień chodziła za sprawunkami w Krakowie, poczem pojawiły się plamy czerwone. — Badanie podjęte wykazało osobę nader bladą, bardzo niedokrewną, licho odżywioną, znacznie nerwowo rozdrażnioną, kilka plam różowych na bieliźnie. Ciąża w trzecim miesiącu księżycowym, w narządzie płciowym jednak nic osobliwego nie zauważono. W obec tego rozpoznałem dążność do poronienia tem bardziej, że był to właśnie okres miesiączkowy. Zaleciłem leżenie w łóżku, spokój, czopki z makowcem do odbytnicy. Przez 5 dni pokazywały się plamy, acz coraz to jaśniejsze; dziesiątego dnia wstała z łóżka i poczęła chodzić. W ogóle czuła się nie źle i żaliła się tylko na osłabienie. Nadmienić mi tu wypada, że od dwu lat cierpi chora na nawykowe zaparcie stolca skutkiem niedowładu jelit, że trawienie w ogóle bardzo upośledzone a stolce następują tylko po użyciu lewatywy z gliceryny. W dwa tygodnie później umęczyła się bardzo przy łóżku chorego dziecka i dostała znów plam czerwonych. Badanie wykazało stan jak przy pojawieniu się pierwszych plam; zresztą nic osobliwego. Powtórzono toż samo leczenie, tym razem jednak już ze skutkiem nie tak pomyślnym, gdyż plamy czerwone wprawdzie skąpe już to ustawały, już też po 2—3 dniach powracały ponownie a stan taki utrzymywał się przez cztery tygodnie. — W połowie dopiero czerwca opuściła chora znów łóżko. Tym razem czuła się jeszcze więcej osłabioną i zmęczoną i żaliła się na brak apetytu. Mimo to po energicznem odżywianiu się i użyciu środków podniecających apetyt, poczęła zwolna przychodzić do siebie a w kilka tygodni stan ogólny poprawił się znacznie w porównaniu do tego, w którym chora do Krakowa przybyła i w którym ją widziałem podczas pierwszego badania. Przez ciąg kilku tygodni plam żadnych nie było; poruszała się w ogóle mało z obawy, by plamy znów nie powróciły. Ponieważ pacyentka już od kilku miesięcy pozostawała wciąż w pokoju, namawiałem ją usilnie, by na świeże powietrze wychodzić zechciała, co mi się dopiero 1. sierpnia udało. Ułożono zatem, że na pierwszy raz zniesie się chorą po schodach, które ją obawą najwięcej napawały i że przejdzie na tuż koło domu położone plantacye krakowskie. Wyprawa ta a głównie znoszenie ze schodów wywarło na chorą takie wrażenie, iż zaraz dostała obfitych plam czerwonych a niebawem bólów okresowo występujących ze znamionami bólów porodowych

[1]) Rzecz odczytana na posiedzeniu Tow. ginekol. krak. dnia 16. listopada 1892 r.

Badanie wykazało: macica powiększona, stósownie do okresu ciąży sięgająca dnem pępka, od czasu do czasu wyraźnie pod ręką jędrniejе, ruchy płodu wyraźne, części płodowe wyczuwalne przez powłoki brzuszne a ściany macicy cienkie. Sklepienie przednie bardzo wypuklone dolnym odcinkiem macicy, nizko ustawione. Ściana macicy nad sklepieniem przedniem wydaje się grubszą, zbitszą, niepodatną a części poprzedzającej żadnej wybadać nie można. Część pochwowa macicy krótka, zwrócona ujściem ku kości krzyżowej. Zalecono znów spokój i podano po dwa dziennie czopki zawierające po dwa centygramy wyciągu wodnego makowca. Niebawem ustały bóle okresowe i plamy zmniejszać się poczęły. Gdy jednak chciano powstrzymać podawanie makowca, plamy czerwone i ściągania macicy powracały znowu.

Zważywszy wyniki badania i okoliczność, że chora raz już okazywała łożysko poprzedzające, zacząłem się go domyślać a idąc za tą myślą postanowiłem działać przeciw krwawieniu i wyczekiwać aż do chwili pojawienia się obfitszego krwotoku; w razie gdyby się pojawił, byłbym zmuszony do wzniecenia przedwczesnej czynności porodowej z uwagi na znaczną niedokrewność pacyentki.

W dalszym przebiegu jednak plamy były ciągle nieznaczne a stan ogólny chorej bardzo dobrze odżywianej polepszał się raczej niż pogarszał. Tym sposobem rzecz się z dnia na dzień przeciągała. Odwiedzając chorą często, gdyż była w ciągłym niepokoju, miałem sposobność przekonania się wielokrotnie, że macica badana przez powłoki brzuszne okazuje raz większe, to znów mniejsze rozmiary a różnice bywały tak znaczne, że tego do ściągań się macicy samych odnieść nie mogłem. Niebawem też 20. sierpnia zostałem wezwany nagle do chorej z powodu, iż wody płodowe odeszły w znacznej ilości; istotnie widziałem bieliznę jakby zmoczoną wodami płodowemi.

Badanie prócz ściągań się macicy nic nowego nie wykazało. Sądziłem, że nastąpi poród przedwczesny; gdy jednakowoż chora po odpływie wód doznała tylko ulgi, bóle się uspokoiły a dalej żadnych objawów czynności porodowej stwierdzić nie mogłem, macica okazała się miększą niż kiedyindziej, ściągań się nie było żadnych, ruchy płodu żywe a tętno wyraźnie słyszalne, rozpoznałem *hydrorrhoea gravidarum*. Następnych dni odpływ z macicy był skąpy, wodnisty, tworzący na bieliźnie plamy bezbarwne, od czasu tylko do czasu mniej lub więcej krwawe.

W obec tego przebiegu sprawy i uwzględniając wyż podany objaw, że macica często rozmiary swe zmieniała, odstąpiłem od pierwotnego przypuszczenia łożyska poprzedzającego i począłem domyślać się innej sprawy chorobowej. Nadmienić mi tu wypada, iż chora, osoba nader nerwowa, tylko z wielką trudnością dozwalała na badanie wewnętrzne, po którem czuła się zawsze gorzej i dlatego do razów koniecznych musiałem je ograniczyć. Rezultat jednak każdego badania wewnętrznego był zwykle ujemny tak, że tym sposobem do ścisłego rozpoznania dojść było trudno. Polegając przeto w części na rozumowaniu, rozpoznałem: cieczenie i zapalenie wewnętrznej powierzchni macicy (*hydrorrhoea, endometritis in gravida*) a nadto począłem się domyślać śluzaka kosmówki (*myxoma chorii*) a to dlatego, ponieważ zmienność rozmiarów macicy nauczyłem się uważać za objaw patognomoniczny tego cierpienia a to tem bardziej, iż raz mi się udało na tej podstawie rozpoznanie, które się później stwierdziło.

W pierwszych dniach września spostrzegłem, że chora zaczyna się mieć znów gorzej; osoba zrazu bardzo znacznie niedokrewna, która się potem miała znacznie lepiej, stała się znów więcej niedokrowną, osłabioną i nad wyraz zniecierpliwioną. Stan ogólny stał się znów takim, jakim był w chwili, gdym chorą obejmował w leczenie. Poleciłem obok dobrego odżywiania się hemoglobinę wewnętrznie i kwas solny. Odpływ z macicy stawał się coraz obfitszym, wystąpiła bolesność po stronie prawej macicy. Nadto w dnie po stronie lewej spostrzegłem jakby w ścianie macicy guz wielkości jaja kurzego, którego przedtem nigdy nie czułem, który zrazu mniejszy zwolna się powiększał a najlepiej wyczuć się dawał w chwili, gdy macica była miękka. Guz ten budził podejrzenie: czy domniemana zmiana kosmówki nie przechodzi na miąższ macicy. Nadmienić mi wypada, że tak coraz częstsze ściągania się macicy, jakoteż i krwawienia ustawały tylko po użyciu makowca, który też chora brała coraz częściej tak, że mniej więcej około 4–5 czopków dziennie, czyli razem do 0·10 wyciągu wodnego zażywała, co na stan ogólny wpływać musiało także niekorzystnie.

(Dokończenie nastąpi.)

II. Badanie i leczenie zwężeń tchawicy i oskrzeli głównych.

Podał
prof. Dr. Pieniążek.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 12.)

Wpuklenie lewej ściany tchawicy w samym jej dole t. j. tuż nad jej podziałem, czasem skośnie od przodu występujące, równie jak zwężenie albo zupełna niedrożność lewego oskrzela obok tego wpuklenia, przemawiają bardzo za tętniakiem tętnicy głównej. Łuk tętnicy głównej, który tu z przodu tchawicy tuż obok niej i nad lewem oskrzelem ku tyłowi przechodzi, może być bardzo łatwo przyczyną takiego zwężenia, jeżeli tętniak wypukla się od tylnej i wklęsłej strony łuku. Obok jednak ugniecenia tchawicy i oskrzela lewego tętniak w tem miejscu wytworzony gnieść także musi na nerw krtaniowy dolny, który się tu owija o łuk tętnicy głównej. Ztąd też zwężeniu wywołanemu przez tętniak towarzyszy zwykle nieruchomość lewej struny głosowej. Wybadanie głębi tchawicy bywa w tych stanach trudne, zwłaszcza, jeżeli struna lewa pozostaje w linii środkowej; łatwiej tu o wybadanie, gdy ona zbacza nieco od linii środkowej na zewnątrz (położenie trupie). Zwężenie lub niedrożność lewego oskrzela obok porażenia lewego nerwu krtaniowego dolnego pozwala prawie na pewne rozpoznać tętniak, gdy brak tego porażenia każe szukać innej przyczyny zwężenia oskrzela; niepodobna bowiem, by tętniak na wklęsłości łuku tętnicy głównej mógł ugniatać oskrzele nie ugniotłszy poprzednio nerwu krtaniowego dolnego. Zwężenie tchawicy wogóle obok tego porażenia niczego jeszcze nie dowodzi, bo może ono występować i w innych sprawach, jak wolu, raku gardziela i t. p. Jedynie wtedy można rozpoznawać tętniak napewne, gdy obok porażenia lewej struny głosowej jest wtłoczenie lewej ściany tchawicy i to w samym jej dole. Porażenie n. krtaniowego dolnego bywa czasem jedynym objawem tętniaka; dopóki jednak

nie wystąpi opisane powyżej zwężenie, żadnych jeszcze wniosków wywodzić z niego nie można. Rzadko natomiast zdarza się ugniecenie tchawicy lub oskrzela przez tętniak bez porażenia nerwu krtaniowego dolnego; może ono tylko wystąpić w razie uciśnięcia od przodu albo też od przodu i strony prawej, co się jednak zdarza o wiele rzadziej. Zwykle bywają to tętniaki duże, które gniotą tchawicę na większej przestrzeni i raczej wytwarzają szparę szczelinową. Pospolicie przytem wybadanie ich za pomocą opukiwania albo i obmacania bywa łatwe, gdy poprzednio wspomniane dość często prócz objawów ucisku n. krtaniowego dolnego i tchawicy lub oskrzela lewego nie zdradzają się żadnemi innemi przypadami. Prawą ścianę tchawicy ugnieść może także tętniak tętnicy bezimiennej, co jednak należy do wielkich rzadkości. Ugniecenie wszakże tchawicy od przodu lub od strony prawej nie przedstawia samo przez się nic charakterystycznego. Mogą je sprawić nowotwory śródpiersia, wól podmostkowy a nawet ropnie gruczołów limfatycznych. Na wpuklonej przez tętniak ścianie tchawicy widać zwykle wyraźnie tętnienie; objaw ten nie ma jednak żadnego znaczenia, przychodzi bowiem w zupełnie prawidłowej tchawicy, w której tętnienie widzieć można najczęściej na klinie podziałowym, rzadziej w dole lewej ściany a najrzadziej w dole ściany prawej (od tętnicy bezimiennej). W t. zw. tętniaku workowatym *(aneurysma sacciforme)* może się zdarzyć, że guzowate wtłoczenie jego w tchawicę okazuje obok tętnienia wyraźne rozszerzanie się guza podczas skurczu serca (Schrötter). Tętniaki wreszcie z przodu i z wypukłości łuku wychodzące, nie sprowadzają tak łatwo zwężenia tchawicy lub lewego oskrzela; łatwiej zato fizycznem badaniem dadzą się wykazać.

Zwężenie szczelinowe lub nieregularne co do swej formy, ale przez ugniecenie z obu boków powstałe, w dole tchawicy przemawia za ugnieceniem jej przez jakiś twór obejmujący ją naokoło lub z trzech stron w śródpiersiu. Tworem takim może być wól podmostkowy albo też nowotwory a mianowicie rak śródpiersia. Stósownie do tego, jak tchawica jest uciśniętą, przebiegać będzie szpara prosto, skośnie lub poprzecznie. Najczęściej wystąpi tu szpara prosto lub skośnie z przodu w tył idąca, bo tak wól podmostkowy jak i nowotwór najłatwiej gnieść może tchawicę z obu boków. Im niżej wystąpi w tchawicy zwężenie, tem prawdopodobniejszy jest nowotwór w obec wola; zwężenie nad samym podziałem już tylko o nowotworze myśleć każe.

Wspomnę tu przypadek, w którym z samego obrazu laryngoskopijnego mogłem rozpoznać raka śródpiersia. W samym dole tchawicy znajdowała się szpara lekko zagięta z przodu w tył idąca; po stronie wklęsłej szpary było bardzo wyraźne wpuklenie prawej ściany tchawicy, na którem chrząstek znać już nie było; widzieć jednak mogłem wyraźnie, że i lewa ściana tchawicy także ku światłu jej jest wtłoczoną, choć w mniejszym nieco stopniu t. j. nie tworząc wypukłości i że na tem jej wtłoczeniu chrząstek także znać nie było. Właściwie trzeba tu przyjąć, że naciek rakowy już zaczął przechodzić na same ściany tchawicy. Badanie klatki piersiowej i dalszy przebieg po tracheotomii potwierdziły rozpoznanie. W końcu widać było tkankę rakową w samej ranie tracheotomijnej.

Zwężenie lub niedrożność jednego oskrzela nie przedstawia samo przez się nic cechującego i dopiero po uwzględnieniu innych objawów odpowiednio można ją sobie wytłómaczyć. Co więcej, nie można zwykle ocenić, czy zwężenie pochodzi z ugniecenia oskrzela, czy też ze sprawy chorobowej w niem samem. Badanie tutaj bowiem głównie polega na auskultacyi. Wspomniałem wprawdzie powyżej o dwóch przypadkach, w których udało mi się oglądać zwierciadełkiem zwężenie prawego oskrzela przez przerost błony śluzowej sprowadzone; natomiast przypominam sobie dwa inne przypadki, w których z objawów musiałem przyjąć, że zwężenie jest w obu oskrzelach głównych a badanie laryngoskopijne wykazało mi tylko, że tchawica (o której pierwotnie sądziłem, że jest zwężona) była zupełnie wolną. Wogóle nie często się wydarza, żeby do samego końca prawe oskrzele obejrzeć było można, a i w tym razie łatwiej w niem będzie dojrzeć jakiego polipa, guz albo okrężne zwężenie jego światła niż ugniecenie od zewnątrz. Co do objawów, to zwężenie obu oskrzeli głównych wywołuje tak samo utrudnienie oddechu i odpowiedni szmer zwężenia, jak zwężenie tchawicy. Zwężenie zaś lub zatkanie jednego oskrzela nie daje objawów, któreby już na oko były cechujące; dopiero więc podczas auskultacyi przekonać się o niem można. W zwężeniu tem szmer odpowiedni najlepiej da się słyszeć między kręgosłupem a obu, względnie jedną łopatką. Po tem też można odróżnić zwężenie oskrzeli głównych od zwężenia większej liczby oskrzeli mniejszych (np. w astmie), w których także szmery zwężenia choć słabiej z dala można słyszeć. Przytem znajdziemy w tym razie w różnych częściach płuc rozmaite co do charakteru szmery, gdy w zwężeniu obu oskrzeli głównych będą one nad każdem płucem w całym jego rozmiarze jednakie. Wystąpienie zwężenia w obu oskrzelach głównych a tem bardziej we wszystkich drugorzędnych wyklucza ugniecenie, bo trudno przypuścić, by były ugniecione równocześnie oba oskrzela; prędzej może tu być przyczyną sprawa rozszerzająca się lub występująca z natury na wielu miejscach jak np. obrzmienie błony śluzowej, przerost jej i t. p. Przyczyną ugniecenia jednego oskrzela mogą być sprawy nowotworowe, może jednak i gruźlica gruczołów oskrzelowych być jego powodem. Winienem zwrócić uwagę, że gruźliczo przeobrażone gruczoły śródpiersia mogą ugniatać nerw krtaniowy dolny i przez to go porażać; może więc się zdarzyć, zwłaszcza, gdy jak zwykle, zajęta jest cała gromada gruczołów, że obok porażenia nerwu krtaniowego dolnego lewego wystąpi także zwężenie lub zatkanie lewego oskrzela. To ostatnie jednak samo przez się tak jest rzadkie a w połączeniu z porażeniem n. krtaniowego dolnego byłoby czemś tak wyjątkowem, że wobec równoczesnego wystąpienia obu tych objawów myśleć należy przecież tylko o tętniaku.

Leczenie wszystkich zwężeń z ugniecenia zmierzać winno ku usunięciu przyczyny; samo zaś zwężenie wymaga leczenia jedynie w razie niebezpieczeństwa dla życia. Tutaj może być wskazana tracheotomia z założeniem kaniuli stósownej długości. Wszelkie natomiast postępowanie dylatacyjne nie tylko chybia tu celu, ale nawet jest wprost szkodliwem; nie może bowiem w niczem się przyczynić do zmniejszenia tworu gniotącego tchawicę a tylko może go drażnić a przez to ułatwiać wystąpienie tem większego zwężenia po usunięciu narzędzia rozszerzającego. To też przestrzedz muszę przed wszelkiemi próbami rozszerzania w zwężeniach tchawicy z ugniecenia; co najwyżej, można założyć kateter w nagłym przypadku, zanimby wykonano tracheotomię.

Ciała obce w tchawicy mogą zachowywać się rozmaicie stósownie do swej wielkości i kształtu. Ciała gładkie, okrągławe i przytem lekkie, jeżeli nie są zbyt wielkie, jak groch, pestki i t. p. zostają zwykle po kilkokrotnych atakach kaszlu wyrzucone, cięższe choćby gładkie, jak śrót i t. p. zwykle utkwią w oskrzelu odpowiedniej wielkości. Ciała nierówne, jeżeli nie są zbyt duże lub ciężkie, nieraz też wykrztuszone bywają, jak łupinki, kostki i t. p., łatwo jednak i utkwić mogą w drogach oddechowych a nastąpi to tem łatwiej, im są większe i cięższe, jak np. skorupki; utkwią zaś one tam, gdzie drogi oddechowe mają stósowną do ich wielkości szerokość. Ciała kończyste i ostre jak szpilki, kości dłuższe lub ości bardzo łatwo wbić się mogą ostrym końcem już w samej tchawicy albo w oskrzelach głównych tj. tam, gdzie droga odpowiednia do ich grubości jest o wiele za szeroką. Ciała odpowiedniej wielkości mogą, dostawszy się pod głośnię, nawet całkowicie zatkać tchawicę a przez to sprowadzić nagłą śmierć z zaduszenia; przypadki takie są jednak nadzwyczaj wyjątkowe, ciało bowiem wypełniające całkowicie światło tchawicy musi być większe od poprzecznego wymiaru głośni, nie łatwo więc przez nią przejść może. Ciała nieco mniejsze a nierówne utkwić mogą w tchawicy i zwęzić ją znacznie. Ciała płaskie utkwiwszy w tchawicy mogą wcale nie sprawiać duszności, dopóki nie obrócą się na płasko ku osi tchawicy. Ciała długie a cienkie wbite w tchawicę nie wywołują wcale duszności. Ciała, które nie utkwiły w tchawicy, jeżeli nie zostały wyrzucone podczas kaszlu, dostają się do oskrzeli, wogóle częściej do prawego, niż do lewego. Jeżeli nie utkwią w jednem z oskrzeli głównych, to dostaną się do oskrzeli drugorzędnych a to najłatwiej dolnych (po obu stronach); tu bowiem nietylko dostać się mogą skutkiem własnego ciężaru, ale zarazem dlatego, że dolne oskrzela najmniej zbaczają od kierunku oskrzeli głównych. Po stronie prawej dostać się ciało obce może także do gałęzi średniej, co jednak zdarza się znacznie rzadziej. Utkwiwszy w drogach oddechowych ciało obce może sprawiać różne przypady stósownie do swej wielkości i usadowienia. Pierwszym objawem wpadnięcia ciała obcego do tchawicy bywa zwykle gwałtowny kaszel; wyjątkowo może on nawet na razie nie być zbyt silnym. Później ustaje kaszel, jeżeli ciało obce stale w jednem miejscu pozostaje; powolne przesuwanie się ciała obcego na dół wzdłuż tchawicy sprawia także kaszel. Bolesność występuje w obec ciał, które ostrym końcem wbiły się w ścianę tchawicy lub oskrzeli albo ją zraniły nierównym brzegiem. — Najważniejszym przypadem atoli są objawy zwężenia tchawicy lub danego oskrzela, które występują w obecności ciał światło w znaczniejszym stopniu zajmujących. To też nie spotykamy ich w razie ciał cienkich a długich wbitych w ścianę, jak np. szpilki i t. p.; w razie ciał rurkowatych, jak wpadłe w oskrzela odłamane kaniule a nawet czasem w razie ciał szerokich a płaskich, jak np. płytka od sztucznych zębów, jeżeli mianowicie płaszczyzną swą do osi tchawicy lub oskrzela, w którem tkwią, nie nachylą się. Małe a lekkie ciała, zwłaszcza płaskie, mogą przylgnąć do zwilżonych śluzem ścian tchawicy lub oskrzeli i nie wywołują żadnych przypadów, jak to np. zdarza się w mniejszych polipach krtani wpadłych po operacyi do tchawicy.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

III. Oceny i sprawozdania.

Nowsze zdobycze nauki w dziedzinie chorób zakaźnych.

Napisał

Dr. med. Karol Klecki,

asystent kliniki chirurgicznej w Krakowie.

(Dok. Patrz Nr. 12.)

W miarę, jak żyjące hodowle z biegiem czasu się osłabiały, w filtracie z hodowli tych otrzymanym można było wykazać coraz to mniej toksalbuminy; za to znajdywali w nim Brieger i Fraenkel coraz to więcej innego ciała białkowego, nie posiadającego zupełnie własności trujących; odróżniało się ono od pierwszego ciała ciemno brązowem zabarwieniem oraz rozpuszczalnością w roztworzonym wyskoku. Skład chemiczny ciała tego był następujący: $C_{49\cdot0}$ $H_{7\cdot0}$ $N_{15\cdot0}$ $S_{2\cdot23}$ $O_{26\cdot97}$. Autorzy pracy tej przypuszczają, że toksalbuminę w ustroju wytwarzają bakterye z białka tkanek, w pożywkach zaś z peptonu lub surowicy.

Ciż sami badacze studyowali następnie jady innych bakteryj, mianowicie laseczników tyfusu, tężca, przecinkowców cholery i gronowca ropnego złocistego, oraz wyciągi wodne, otrzymane z narządów zwierząt padłych na wąglik. Stósowali tu tę samą metodę badania, której używali do badania jadu błoniczego. We wszystkich przypadkach znaleźli ciała trujące natury białkowej, które nazwali toksalbuminami. Podobne ciało otrzymał Hankine z hodowli wąglika; określa on je jako albumozę, Christmas zaś z hodowli gronowca ropnego złocistego. Toksalbuminy znalezione w jadach różnych bakteryj przez Briegera i Fraenkla stanowią dwie grupy: do pierwszej należą ciała w wodzie rozpuszczalne, jako to jad błoniczy, wąglikowy i tężcowy; do drugiej zaś jady otrzymane z hodowli laseczników tyfusu, przecinkowców Kocha oraz gronowca ropnego złocistego; ciała te są w wodzie nierozpuszczalne albo trudno rozpuszczalne i pod względem chemicznym zbliżają się więcej do globulinów, aniżeli do białek surowiczych; ciała dają zwykłe odczyny białka, wydzielają je wszakże sole obojętne dopiero przez ogrzanie do 30°; odróżniają się one od właściwych globulinów tem, że się wolno i trudno rozpuszczają w roztworze soli kuchennej. Toksalbuminy bakteryjne należą więc do tej samej grupy, do której należą niektóre białkowe jady pochodzenia roślinnego (rycyna, abryna) oraz zwierzęcego (jad żmij). Toksalbumina jadu błoniczego nie ma własności imunizujących. Z rozmaitego zachowania się przesączonych hodowli, ogrzewanych do różnych ciepłot, wnoszą Brieger i Fraenkel, że w filtracie takim znajdują się dwa ciała: jedno ma własności toksyczne, drugie zaś imunizujące; przez ogrzanie do 55—60° trujące ciało niszczy się, własności zaś drugiego nie ulegają żadnej zmianie. Działanie imunizujące przesączonej hodowli jest tem mocniejsze, im więcej ciało toksyczne zniszczy się, t. j. im więcej przy ogrzewaniu filtratu zbliżamy się do 60°; istota imunizująca podlega jednakowoż także wpływowi gorąca: filtraty ogrzane do 100° działają słabiej, aniżeli ogrzane do 90°, te zaś mocniej od ogrzanych do 80° i t. d. Ciało imunizujące, mieszczące się w filtracie hodowli błoniczych, niema w obec szybkiego przebiegu choroby własności leczniczych.

Schweinitz podaje, że miał dobre skutki imunizacyjne z używania sucholoalbuminy, otrzymanej z hodowli cholery świń; zaznacza jednak, że wyniki były lepsze, jeżeli używał mięszaniny t. zw. przez siebie sucholoalbuminy z sucholotoksynami.

Do zupełnie innej kategoryi ciał białkowych należą t. z. proteiny bakteryjne; ciała te od roku 1880 są przedmiotem studyów Nenckiego. Są to składniki samej komórki bakteryjnej, działanie zaś ich w ustroju występuje jedynie po obumarciu bakteryj. Pod względem fizyologicznym różnią się one od ptomainów i toksalbuminów tem, że nie wywołują zatrucia, ale leukocytozę oraz zapalenie, które można nazwać chemicznem, gdyż objawy jego są ty-

powemi, sprawa zaś sama nie jest zakaźną. Dotychczas zbadano 7 gatunków takich proteinów; między innemi proteinę lasecznika tyfusowego, lasecznika zapalenia płuc Friedlaendera, lasecznika niebieskiej ropy. Badań tych po większej części dokonał Buchner. Otrzymuje się proteiny w sposób następujący: zeskrobuje się hodowle ze stałej pożywki, maceruje 0·5—1·5% ługiem potasowym i przesącza; z filtratu proteiny wydziela się kwasem octowym lub solnym. Proteiny dają wszystkie odczyny ciał białkowych i są najbardziej zbliżone do kazeinów roślinnych.

Wassermann i Proskauer powtórzyli doświadczenia Briegera i Fraenkla nad jadem błoniczym, zmieniwszy cokolwiek metodę postępowania; wyniki badań ich w zupełności zgadzały się z wynikami otrzymanemi przez ich poprzedników: otrzymali 2 ciała białkowe, z których jedno, koloru białego, było mocno trujące, drugie zaś ciemno brunatne nie miało żadnych własności trujących. Skład chemiczny ciała trującego był bardzo zbliżony do składu ciała otrzymanego przez Briegera i Fraenkla, mianowicie: $C_{44\cdot32}\ H_{6\cdot91}\ N_{16\cdot18}\ S_{1\cdot69}\ O_{30\cdot40}$. Następnie otrzymali Wassermann i Proskauer ciało nadzwyczaj mocno trujące z narządów zwierząt padłych ze zakażenia błoniczego. W tym celu wyjmowali autorzy wyjałowionemi narzędziami płuca, śledzionę, nerki oraz zbierali krew do wyjałowionych naczyń; po posiekaniu i roztarciu narządów robiono z nich wyciąg przez dodanie 200 cm. sz. mięszaniny gliceryny z 0·6% roczczynem soli kuchennej 6:4. Po 24 godzinach glicerynę odsączano, filtrat strącano wyskokiem, osad rozpuszczano w wodzie i manipulacyę tę powtarzano dopóty, dopóki nie otrzymano zupełnie przeźroczystego filtratu; do filtratu tego dodawano podwójną ilość nasyconego roztworu siarkanu amonowego, wytworzony osad rozpuszczano w wodzie i dializowano z bieżącą wodą aż do czasu, w którym ślady siarkanu amonowego zupełnie nie znikły. Pozostały płyn przesączano i strącano znów wyskokiem roztworzonym; do filtratu ponownie otrzymanego dodawano wyskoku absolutnego, który jednak z filtratu tego już nic nie wydzielał. Otrzymano w ten sposób nie dwa, ale jedno ciało, które po wysuszeniu w próżni w 39° przedstawiało się jako nadzwyczaj miałki, biały proszek. Z królika otrzymywano po 1·5—2 mg. tego ciała. Dawało ono odczyny białka; 0·2 mg. zabijało króliki w przeciągu 6 dni; do imunizowania zwierząt przeciwko błonicy ciało to nie nadawało się zupełnie. Wymienieni właśnie autorowie stwierdzili więc w zupełności a nawet uzupełnili po części wyniki badań znakomitych swoich poprzedników; różnią się jednak w zdaniu co do samej istoty jadu błoniczego. Brieger i Fraenkel mniemają, że jadem tym są otrzymane przez nich toksalbuminy; Wassermann zaś i Proskauer sądzą, że toksalbuminy są właściwie jadem zanieczyszczonym ciałami białkowemi i opierają się na łatwem rozkładaniu się tego jadu (czego Brieger i Fraenkel nie spostrzegli) oraz na tej okoliczności, że po dodaniu do przesączonej pożywki chlorku wapiennego otrzymuje się osad o bardzo trujących własnościach, jak to wykazał Roux; wnoszą więc z tego, że podczas opadania osadu (wapna czy białka) właściwy jad, dotychczas w stanie chemicznie czystym nie wydzielony, zostaje porwanym.

Jad tężcowy, tetaninę, wydzielił po raz pierwszy Brieger z amputowanej ręki; ciało to określił wzorem $C_{14}\ H_{30}\ N_2\ O_4$; przechodzi ono bardzo łatwo w nietrujący kwas amidowy $C_6\ H_{13}\ NO_2$. Immerwehr sposobem podanym przez Briegera i Fraenkla otrzymał z amputowanej nogi toksalbuminę, zabijającą świnki morskie w przeciągu 24—48 godzin.

G. i F. Klempererzy otrzymali tą samą metodą z hodowli pneumokoków istotę białkową, mocno trującą, którą nazwali pneumotoksyną; przypuszczają oni, że ciało to jest może mięszaniną białek i właściwego jadu pneumokoków Pneumotoksyną tą mogli jednak imunizować zwierzęta przeciwko odnośnemu swoistemu zakażeniu; zaimunizowane zwierzęta zabijali i robili wyciągi wodne z ich krwi i narządów (wątroby, śledziony, nerek, serca i płuc); sok ten przesączali, wyjaławiali i sposobem Briegera i Fraenkla otrzymywali z niego brązowy proszek, który miał przeciwko odnośnemu zakażeniu własności lecznicze; ciało to nazwali antypneumotoksyną; przypuszczają, że ciało to należy również do białkowych; praca Klempererów jest jednak pod względem chemicznym obrobiona nie jasno, szczegółów autorzy nie przytaczają, nie jest więc ona pod względem tym przekonywującą.

Substancyą działającą w tuberkulinie Kocha są proteiny; pierwszy wykazał to Buchner, Hueppe jest również tego zdania; Scholl uważa ją za produkt życia laseczników gruźliczych.

Emmerich i Tsuboi badali własności ciał imunizujących, znajdujących się we krwi oraz sokach tkankowych zwierząt odpornych; używano zwierząt zaimunizowanych przeciw zakażeniu pneumokokami oraz posocznicy świń; z doświadczeń tych wypada, że ciała imunizujące rozkładają się przez ciepłotę 100° i że są we krwi związane nie z globulinami, ale z białkiem surowiczem. Usuwano ze krwi globuliny przez wprowadzenie bezwodnika kwasu węglowego i wydzielano wyskokiem białka surowicze; substancye te rozpuszczone w 0·07% ługu sodowym miały bardzo wybitne własności lecznicze. Ciało to, przechowane na sucho przez czas dłuższy, nie traci własności leczniczych. Emmerich przypuszcza, że jady bakteryjne, które nazywa bakteryotoksynami, dostawszy się do ustroju, łączą się z białkami surowiczemi oraz albumozą mięśniową, (obadwa te ciała nazywa Emmerich immunoproteiną); wskutek połączenia tego wytwarza się immuntoksynproteina, krążąca w ustroju odpornym. Słusznie zarzucają tym wywodom Emmericha, że są tylko przypuszczeniem.

Antytoksyna przeciwko tężcowi, wydzielona przez Tizzoniego i p. Cattani ze krwi zwierząt odpornych przez wydzielenie wyskokiem, jest substancyą, w której skład wchodzą bezwarunkowo ciała białkowe; jaką zaś jest właściwie natura ciała działającego, dotychczas niewiadomo. Toż samo da się powiedzieć o antytoksynie Tizzoniego i Centanniego przeciwko wściekliźnie; Babès używał bezskutecznie w dwu przypadkach wścieklizny u człowieka w podobny sposób, jak to czynili włoscy uczeni, ciała otrzymanego ze krwi zwierząt odpornych. — Do tej samej grupy należy ciało, otrzymane przez Alta z wymiocin cholerycznych oraz tuberkulicydyna i antycholeryna Klebsa: substancye działające wypadały tu wraz z białkami; być może, były same natury białkowej. Na zasadzie najnowszych swoich badań wnosi Hueppe, że jad choleryczny, wytworzony w ustroju, jest peptonem, powstałym w przewodzie pokarmowym z białka czynnego pod wpływem działania bakteryj cholerycznych oraz anaerobiozy.

Nie ulega wątpliwości, że trujące wytwory bakteryjne a substancye imunizujące są ciałami zupełnie odmiennemi; wszyscy badacze niemal jednogłośnie zgadzają się na to; z drugiej strony musi istnieć pewien związek fizyologiczny między temi substancyami. Badania chemiczne trucizn bakteryjnych posunęły o dobry krok naprzód wiadomości nasze w tym względzie; na zasadzie badań tych nie można jednak dotychczas powiedzieć nic nad to, że postępując obecnie przyjętemi metodami, otrzymujemy ciała te w postaci białek, działających trująco. Na zasadzie pewnej analogii, zachodzącej pomiędzy temi ciałami z jednej, toksalbuminami zaś roślinnemi i zwierzęcemi z drugiej strony, można przyjąć, że owe t. zw. toksalbuminy bakteryjne są właśnie tym właściwym jadem mikrobów. Niepodobna jednak z góry odrzucić przypuszczenia, że dotychczas otrzymane jady bakteryjne są mięszaniną właściwych jadów ze substancyami białkowemi; zanim więc wyświeci się związek pomiędzy działaniem toksalbuminów bakteryjnych a objawami ogólnemi, gorączką, jednem słowem odczynem zakażonego czy zatrutego ustroju, byłoby bardzo pożądanem, aby chemia wyrzekła swoje rozstrzygające słowo co do natury tych jadów. Jeszcze mniej poznano dotychczas stronę chemiczną substancyj imunizujących, względnie leczniczych; niewątpliwie surowica krwi zwierząt imunizowanych działa w sposób zupełnie odmienny na właściwe bakterye, aniżeli surowica zwierząt normalnych (wykazał to

między innymi Christmas dla wąglika); surowica zwierząt odpornych działa niejako przeciwgnilnie — jeślibyśmy więc nie chcieli przypuścić w surowicy takiej obecności jakiegoś ciała działającego zabójczo na bakterye, musielibyśmy przyjąć, że w składzie surowicy zwierząt odpornych pod wpływem szczepień ochronnych zaszły poważne, zasadnicze zmiany chemiczne; w rzeczywistości zmiany takie jednak nie zachodzą, nie pozostaje więc nic innego, jak tylko przyjąć obecność ciała imunizującego we krwi. — Z dotychczasowych badań wypada, że ciałami imunizującemi są według wszelkiego prawdopodobieństwa nie albuminy, ale proteiny. Brieger, Kitasato i Wasermann cechują ciała te w sposób następujący: 1) zawierają stósunkowo dużo fosforu, 2) przechodzą przez sączki gliniane bardzo trudno, lub wcale nie przechodzą (wprost przeciwnie jak toksalbuminy), 3) ciepłota 100° rozkłada te ciała (tężec, błonica, dur czyli tyfus).

Jakkolwiek ilość faktów, nagromadzonych ostatnimi czasy w dziedzinie chorób zakaźnych, jest ogromna, i co ważniejsza, jakkolwiek co do samych faktów tych niema między badaczami znacznych sprzeczności, nie mamy zupełnie jasnego wytłomaczenia tych spraw. Istota samego zakażenia, objawy ogólne, wywołane przez bakterye, odczyn ustroju polegają bezsprzecznie na zatruciu toksalbuminami; na czem jednak polega odporność albo wyleczenie organizmu, dotychczas nauka nie zgłębiła. Różnice zapatrywań się na sprawy te są tak wielkie, że gdy jedni uważają imunizacyę a leczenie za dwie sprawy zupełnie odmiennej natury (Lubarsch, Hueppe, Fraenkel, Brieger i inni), inni, zwłaszcza młodsi badacze, jak np. Klempererzy, identyfikują te sprawy, uważając, że lecznicze działanie szczepień nie jest niczem innem, jak następową imunizacyą; jeśli przebieg naturalny choroby jest tak powolnym, że następowa imunizacya może nastąpić, otrzymujemy wyleczenie; w przeciwnym razie szczepienia nie zdołają zwierzęcia uchronić od śmierci. W tłomaczeniu spraw tych należy zresztą ściśle odróżniać leczenie zakażenia ogólnego i miejscowego, leczenie spraw ostrych i przewlekłych; również odróżniać należy odporność wrodzoną a nabytą; w odporności zaś nabytej imunizacyą bezpośrednią czyli wywołaną przez wprowadzenie do ustroju antytoksyn powstałych skutkiem działania bakteryj w innym ustroju a pośrednią czyli wywołaną przez wprowadzenie takich substancyj bakteryjnych, z których dopiero w samym ustroju ciała imunizujące wytworzyć się mają. — Wyleczenie ustroju z choroby zakaźnej i odporność nabytą, występującą po takiem wyleczeniu, starano się wytłomaczyć za pomocą kilku teoryj, które dziś już uważać należy za przestarzałe; wspomnę więc o nich tylko mimochodem; są to: teorya wyczerpania, (Pasteur, Klebs) polegająca na tem, że bakterye w przeciągu pewnego czasu zużywają odpowiedni dla siebie materyał odżywczy, który w ustroju znajdują; teorya asymilizacyjna (modyfikacya pierwszej), według której po pewnym czasie bakterye nie są w stanie rozkładać komórek i soków ustroju w sposób konieczny do własnego odżywiania się; teorya retencyjna, według której bakterye zostają po pewnym czasie zabite przez własne produkty wymiany materyi, nagromadzone w zakażonym ustroju, wreszcie teorya przystósowania się ustroju do trujących produktów bakteryjnych. Odporność wrodzona nie jest dotychczas zupełnie wytłomaczona; są oczywiście i tutaj teorye, któremi starano się tę dziwną własność niektórych ustrojów wytłomaczyć; wobec tego jednak, że co do samych faktów, na których tłomaczenia te się opierają, a mianowicie co do zachowania się krwi lub surowicy czy innych soków ustrojów z natury odpornych względem odnośnych bakteryj zachodzą między badaczami jeszcze bardzo poważne sprzeczności, kwestyę tę uważać należy za zupełnie niewyświeconą.

Do wytłomaczenia odporności nabytej służy kilka teoryj, z których dwie stoją wobec siebie na przeciwnych całkiem biegunach: jedną z nich jest teorya humoralna, której najzagorzalszym zwolennikiem jest Behring a hołdują jej również Koch, Flügge i inni; drugą jest teorya komórkowa, reprezentowana głównie przez Miecznikowa, wynalazcę fagocytyzmu. Behring sądzi, że krew zwierząt odpornych działa na trujące produkty bakteryjne tak, że produkty te rozkładają się i w ten sposób stają się nieszkodliwemi; w jaki sposób to się dzieje, wytłomaczyć nie może; jest to własność krwi czy surowicy zwierzęcia odpornego, w każdym razie soków ustroju, zupełnie wolnych od komórek. Własności soków ustroju, wywołane szczepieniami mogą w ostatniej instancyi zależeć od zmian w komórkowych składnikach ustroju, które pozostają jednak zupełną tajemnicą tak, jak niegdyś siła żywotna, którą wszystko chciano wytłomaczyć; własności imunizacyjne uwidoczniają się przeważnie w bezkomórkowych sokach ustroju, w nich więc przedewszystkiem szukać należy przyczyn odporności. Teoryę tę stósuje Behring przeważnie do chorób zakaźnych natury toksycznej.

Komórkowa teorya Miecznikowa opiera się na wielu nowszych odkryciach tyczących się ciałek białych; własności te są tak wybitne i ważne a z zakażeniem ustroju zostają w tak blizkim związku, że pominąć niektórych z nich w niniejszem streszczeniu nie mogę.

Leukocyty mają tę własność, że pochłaniają organiczne i nieorganiczne drobiny oraz nieżywe bakterye (Baumgarten, Weigert, Flügge), które dalej przenoszą (*voracitas* Virchova), pochłaniają również spory, zarodniki, takoż żywe, jadowite bakterye, które wewnątrz nich giną (fagocytoza Miecznikowa); po dostaniu się mikrobów do tkanki, otaczają je leukocyty niby wałem i w ten sposób oddzielają tkankę prawidłową od zakażonej (Ribbert); zostają one przyciągane (*chemotaxis*) przez rozmaite substancye, między innemi przez proteiny bakteryjne, czyli ciała białkowe wskutek rozpadu komórki bakteryjnej powstałe (Buchner, Pfeffer, Gabriczewski, Hueppe i Scholl); jeśli przyciąganie to jest bardzo mocne, powstaje nekrobioza (*Coagulationsnecrose*) komórek tkankowych, a ciałka wędrujące zostają powstrzymane od odwrotu, wskutek czego odczyn zapalny zamienia się w ropienie. Dalej leukocyty usuwają tkanki martwinowe, które dla ustroju są niejako ciałem obcem, po części zaś, stanowiąc dla ciałek białych materyał odżywczy, przyciągają je (*trophotaxis*). Ciałka białe są więc niejako armią czynną ustroju, udającą się zawsze tam, gdzie grozi niebezpieczeństwo, gdzie całość tkanek przerwała się, gdzie ciała obce do niej się dostają. Wskutek rozpadu białych ciałek we krwi, własności jej antybakteryjne i antytoksyczne (według Buchnera) znikają tak, że krew taka może nawet służyć bakteryom za dobrą pożywkę. Ze spostrzeżeń klinicznych przytoczyć tu należy, że w przebiegu niektórych chorób zakaźnych ze zejściem krytycznem (np. zapalenie płuc włóknikowe) przekonano się przed samem przesileniem się o znacznej leukocytozie. Podczas szczepień zwierząt ochronnych stwierdzono u nich po pewnym czasie również wystąpienie leukocytozy.

Na tych to faktach opiera Miecznikow swoje tłomaczenie odporności: głównym czynnikiem są tu według badacza tego fagocyty, czy to leukocyty, czy też komórki śródbłonkowe; gdy bakterye dostaną się do ustroju, wchłaniają je normalne fagocyty. Fagocyty chorobowo zmienione tracą własności bakteryobójcze (zarodniki wąglika rozwijają się bez przeszkody w ciałkach białych żaby wystawionej nagle na działanie ciepłoty 37° według Trapeznikowa). Gdy w ustroju wytworzy się znaczna ilość toksyn, leukocyty zostają przez ich wpływ odstręczone od zwykłej w podobnych warunkach wędrówki a pozostają w naczyniach, wywołując leukocytozę. U zwierząt odpornych czy to z natury czy też wskutek szczepień ochronnych wytwarza się znaczna tolerancya leukocytów względem toksyn, wskutek czego działanie ich, t. j. następowe pochłanianie i niszczenie, względnie osłabianie drobnoustrojów może się odbywać bez przeszkody. Być może, przypuszcza Miecznikow, wchodzą tu w grę i inne czynniki; pierwszeństwo jednak należy oddać roli odgrywanej w zakażonym ustroju przez leukocyty.

Bouchard odróżnia tu dwa czynniki: fagocytozę i t. z. stan bakteryobójczy (*état bactericide*). Fagocytoza, będąca następstwem rozszerzenia naczyń, występuje tylko wówczas, gdy ilość toksyn, nagromadzonych w ustroju nie jest tak wielką, żeby wywołała porażenie ośrodka rozszerzającego owe naczynia. Substancyą taką, wywołującą rozszerzenie naczyń jest *ektazyna*, którą wykrył w tuberkulinie Kocha. *Anektazyna* ma działanie przeciwne. *État bactericide* wywołują produkty bakteryjne (*vaccins*, *matières vaccinantes*); ten stan ustroju stanowi właśnie o jego odporności. Bliższych wyjaśnień jednak, w jaki sposób stan ten po szczepieniach ochronnych czy przebytej chorobie zakaźnej występuje, autor zgoła nie daje; siła bakteryobójcza ustroju polega na tem, że bakterye dostawszy się do jego soków, wywołują słabsze zmiany, aniżeli to czynią w ustroju normalnym.

Wielu autorów tłomaczy odporność nabytą przez wytworzenie się we krwi zwierząt szczepionych ciał antytoksycznych (Klempererzy, Brieger, Kitasato, Wassermann); na tem też przypuszczeniu opierają się ich szczepienia ochronne hodowlami osłabionemi wyciągiem grasicy cielęcej.

Wassermann tłómaczy powstawanie antytoksyn w ustroju w sposób następujący: pod wpływem wprowadzonych proteinów bakteryjnych powstaje leukocytoza; ciała antytoksyczne, znajdujące się w ciałkach białych (którym w danem zakażeniu brak jedynie swoistych własności antytoksycznych) łączą się z jadem bakteryjnym i w ten sposób powstaje swoista odtrutka. Tłomaczenie to stósuje autor zarówno do odporności czy wyleczenia sztucznego, jako też i do wyleczenia sposobem naturalnym, np. w zapaleniu płuc włóknikowem, w którem wskutek działania bakteryj występuje leukocytoza.

Buchner wreszcie przypisuje działanie imunizujące czy lecznicze ciałom białkowym znajdującym się w bezkomórkowym płynie krwawym a należącym do białek surowiczych. Ciała te nazywa ciałami ochronnemi ustroju czyli aleksynami.

Rozpatrzywszy się we wszystkich tych teoryach, dochodzimy do przekonania, że nikt dotychczas nie podał wystarczającego tłómaczenia zjawisk doświadczeniem zebranych. Pomijam wszystkie te tłómaczenia, czy teorye, których oryginalność polega tylko na tem, że zamiast nazwy używanej dotychczas, wprowadzają nową, nieznaną; teorya Miecznikowa, aczkolwiek na najpewniejszych faktach oparta, nie daje nam przecież wytłómaczenia, dlaczego leukocyty zwierząt odpornych zachowują się tolerancyjnie względem toksyn, czy też nie podlegają ich działaniu, t. j. chemotaxis ujemnej, polegającej na odstręczaniu ciałek białych od wędrówki do miejsc zagrożonych. Chemotaktyczne działanie proteinów bakteryjnych wielu poważnych badaczy stwierdziło i nie ulega ono żadnej wątpliwości; oczywiście więc w ustroju zakażonym, w którym bakterye nie tylko się rozmnażają i wytwarzają trucizny (ptomainy i toksalbuminy), ale i giną a więc, gdzie powstają proteiny, musi wystąpić działanie ich na leukocyty. W leczeniu się ustroju ze spraw zakaźnych oraz w imunizacyi hodowlami żyjącemi lub zawierającemi proteiny, leukocyty bezwątpienia odgrywają ważną rolę; czy jednak również ważna rola przypada im w udziale w imunizacyi lub leczeniu surowicą, jest bardzo wątpliwem. Niewątpliwie stosunkowo niewielka ilość płynu wprowadzona z odpornego ustroju do prawidłowego, wywołuje u tego ostatniego odporność na dane zakażenie. Ponieważ odporność wywołana przeszczepieniem surowicy stanowi pod względem siły zaledwie drobną cząstkę odporności, jaką mieć musi ustrój surowicy dostarczający, przemawia bardzo do przekonania przypuszczenie, że tu wraz z surowicą przenosimy do ustroju jakieś ciało antytoksyczne czy imunizujące. Natura tego ciała jest pomimo wszystkich dotychczasowych tłómaczeń zupełnie ciemna, tem więcej, że ciało to, wprowadzone w bardzo małej ilości do ustroju, nie ginie w nim, przynajmniej działanie jego występuje wyraźnie przez całe miesiące. W tłomaczeniu zjawiska tego o przestroju organizmu (*Umstimmung*) nie może być tu mowy, gdyż określenie to nie znaczy nic więcej jak tylko, że danej sprawy nie rozumiemy; z wielu dotychczasowych prac wynika, że sprawa imunizacyi polega na zmianach w ostatniej instancyi chemicznych. Nauka ma na tem polu piękne zadanie do rozwiązania w przyszłości.

Kraków w lutym 1893 r.

Rudolf Virchow: **Die Sections-Technik im Leichenhause des Charité-Krankenhauses mit besonderer Rücksicht auf gerichtsärztliche Praxis.** Berlin. Verlag v. Hirschwald. Vierte Auflage mit 4 Abbildungen. 1893. S. 114. Cena 3 marki.

Przedstawienie rzeczy na wskroś praktycznej, jak techniki sekcyjnej, wyłącznie prawie słowem, napotyka na niezmierne trudności, jeźli autorowi zależy na tem, aby praca jego w całej pełni odpowiedziała swemu celowi. Trudno wątpić nawet na chwilę, aby tak jenialny i doświadczony autor, jak Virchow, nie mógł pokonać owych trudności.

Dziełko powyższe, bez którego, śmiało rzec można, trudno się obejść lekarzowi sądowemu, stanowi rozszerzenie i uzupełnienie pierwotnej odbitki z roczników szpitala Charité przez tegoż autora ogłoszonej. Po krótkim, historycznym wstępie omawia autor regulamin tyczący się wykonywania sekcyj, wydany w roku 1875, przechodząc kolejno porządek i sposoby otwierania jam ustroju, jakoteż sposoby sekcyi każdego z osobna narządu. W części tej znajdujemy cenne uwagi tyczące się techniki a więc trzymania i kierowania noża, aby o ile można jednem cięciem uzyskać wielki a gładki przekrój badanego narządu. Sposoby podane przez autora odpowiadają wszelkim wymaganiom, gdyż uwzględniają uzyskanie jak najdokładniejszego obrazu każdego narządu, łatwość wykonania i pewną elegancyę w sekcyi.

W następstwie strony czysto technicznej, objaśnionej czterema szematycznemi rysunkami, znajdujemy kilka protokołów podanych za wzory. Nadto podaje autor sposoby otwierania pobocznych jam czaszki, jak jamy nosowej, ocznej i usznej, mające na celu, aby o ile można zbyt nie szpecić części widocznych zwłok a wreszcie wymienia wszystkie te zmiany, jakie w narządach czasem się spotyka a które jedynie pod drobnowidem można należycie ocenić i rozpoznać. Koniec dziełka stanowi dosłowne brzmienie regulaminu pruskiego z r. 1875, tyczącego się wykonania sekcyi, który dla nas musi mieć tem większe znaczenie, ile że jest o wiele nowszym od regulaminu u nas obowiązującego a tem samem jest praktyczniejszym i więcej odpowiada postępowi ogólnemu nauki.

Staranność wydawnictwa, nader przystępna cena obok znakomitej wartości dziełka powinny wystarczyć, aby ono jak największe znalazło rozpowszechnienie, zwłaszcza między praktycznymi lekarzami, pełniącymi ciężkie a odpowiedzialne obowiązki znawców sądowych. *Dr. Wachholz.*

Chirurgia.

Paweł Reichel (w Würzburgu): **Z patologii zamknięcia się jelit prawdziwego i rzekomego** (*ileus i pseudoileus*).

Pomimo udoskonalenia techniki operacyjnej i postępów antyseptyki skutki laparotomij w zamknięciu się jelit są jeszcze mało zadawalniające. Nikt z chirurgów nie odmówi dziś słuszności zasadniczej tym operacyom a jednakże wielu z nich, zniechęconych zbyt wielką śmiertelnością, zrzeka się operowania w takich przypadkach, poprzestając jedynie na użyciu środków łagodzących, jak przepłukiwanie żołądka, zrobienie rzyci sztucznej (*anus praeternaturalis*) i t. p. Niebezpieczeństwo operacyi zależy nie tyle od trudności usunięcia przeszkody, nie tyle od niebezpieczeństwa zakażenia otrzewnej z zewnątrz, ile głównie od tych nieuniknionych urazów, na jakie narażone jest jelito wskutek długotrwałego przebywania poza jamą otrzewnową, oddzielania zrostów i t. d. Rzecz prosta, niebezpieczeństwo to wzrasta z każdą chwilą trwania stanu chorobowego wskutek coraz większych zboczeń w krążeniu; dlatego też bardzo ważnem jest wczesne i pewne rozpoznanie przedewszystkiem tego, czy ma się do czynienia z rzeczywistą przeszkodą mechaniczną do przesuwania się

treści jelit (*ileus*), czy też ze zboczeniem czynnościowem ścian przewodu jelitowego (*pseudoileus*), mogącem dawać takie same objawy niedrożności. Zamknięcie się wrzekome jelit (*pseudoileus*) powstaje albo wskutek ostrego zapalenia otrzewnej, jak bywa najczęściej, albo też wskutek zakażenia otrzewnej przebiegającego zupełnie bez objawów zapalnych, na co dopiero w ostatnich czasach zwrócono uwagę (Olshausen).

W pierwszej części swej pracy zajmuje się Reichel symptomatologią i etyologią tych zagadkowych przypadków niedrożności jelit, występującej niekiedy po operacyach brzusznych (najczęściej po herniotomiach), w których po kilku dniach następuje śmierć podczas zupełnego braku objawów zapalnych ze strony otrzewnej. W dwóch takich przypadkach, spostrzeganych przez autora, sekcya wykazała zupełnie prawidłowy stan otrzewnej; pomimo to autor wyhodował z niej kilka rodzajów drobnoustrojów. Takie więc przypadki zależą od zakażenia otrzewnej, lecz nie od zewnątrz ale z wewnątrz wskutek zmian w ścianie pętli jelitowej, umożliwiających drobnoustrojom wraz z ich wytworami przenikanie przez ścianę jelita do jamy otrzewnej. Nawet obraz kliniczny cierpienia przypomina przebieg niektórych postaci zgnilizny (*sepsis*): powoli, lecz stale wzrastający upadek czynności serca, liczba tętna, niekiedy, lecz niezawsze podniesienie się ciepłoty, wzdęcie brzucha i wymioty. *Sensorium* zwykle bywa wolne. Wzdęcie powstaje skutkiem porażenia toksycznego nerwów ściany przewodu pokarmowego. Co mianowicie za rodzaj mikroorganizmów sprawia te objawy, nie wywołując przypadów zapalnych — pokażą przyszłe badania. Z przypadków rzekomego zamknięcia się jelit, zależnych od rozwinięcia się ropnego zapalenia otrzewnej, wyhodował autor postać drobnoustrojową, różną od znanych dotychczas bakteryj ropnych, zarówno i od *bacterium coli commune* i posiadającą własności ropotwórcze, jak to stwierdził na zwierzętach.

Patologii prawdziwego *ileus* t. j. zamknięcia mechanicznego drożności jelit poświęca autor drugą, doświadczalną część swej pracy. Według otrzymanych przezeń wyników samo załamanie się (*Abknickung*) jelita, jako takie nie jest w stanie sprowadzić niedrożności u psa, tembardziej więc u człowieka, gdzie ściana jelita w stosunku do światła i obwodu jest o wiele cieńsza — okoliczność tem bardziej utrudniająca zatrzymania się kału li tylko przez zgięcie się jelita pod kątem ostrym. Dlatego też, zdaniem autora, w wielu przypadkach z literatury *ileus*, powstałego jakoby wskutek załamania się (*Abknickung*) jelita, zmiana ta ma tylko drugorzędne znaczenie, gdy rzeczywistą przyczyną jest brak ruchu robaczkowego i ucisk przez tworzący się naokoło tak zmienionej pętli wysięk zapalny.

Autor przedstawia następujący obraz tworzenia się niedrożności w takich właśnie okolicznościach: w pewnem miejscu jamy brzusznej przylepia się pętla jelita do powierzchni rany otrzewnowej, wskutek podrażnienia zapalnego zrost się wzmacnia, ograniczając coraz bardziej ruch robaczkowy jelita tak, że wreszcie zrastają się ze sobą dwie jego sąsiednie powierzchnie, wytwarzając załamanie. Póki jeszcze jest ruch robaczkowy, posuwanie się treści jelitowej przezwycięża przeszkodę, lecz coraz to wzmacniający się zrost ścian z jednej strony, z drugiej zaś osłabienie ruchu robaczkowego wskutek upośledzonego odżywiania się chorego i podawania mu makowca, jak to często bywa, prowadzą ostatecznie do zupełnej niedrożności. Rzecz prosta, wszelkie używane tu środki zapobiegawcze, jak wlewanie oliwy, posypywanie jelit proszkiem parafiny więcej przynoszą szkody, niż pożytku, zarówno jak przeciwgnilne przepłukiwania otrzewnej, które, niszcząc śródbłonek, tem bardziej sprzyjają wytwarzaniu się zrostów.

Gwałtowne objawy kliniczne, występujące w zamknięciu się jelit nie zależą od wstrzymania krążenia kału w jelitach, lecz głównie powstają odruchowo wskutek jednoczesnego zgniecenia ściany jelita. Temu zgnieceniu (*Darmquetschung*) przypisuje autor bardzo ważny wpływ na powstawanie szeregu objawów, różniących się znacznie od tych, jakie widzimy w przypadkach prostego zamknięcia światła (*glatter Darmverschluss*).

To ostatnie otrzymywał autor u psów, przecinając poprzecznie jelito i zaszywając oddzielnie każdy z końców, dla sprowadzenia zaś niedrożności ze zgnieceniem skręcał pętlę naokoło osi (*torsio*) i ustalał za pomocą szwu w tem położeniu. Różnicę pomiędzy otrzymanemi objawami w pierwszym i drugim rodzaju doświadczeń określa w sposób następujący:

W zwykłej niedrożności początkowo dość długo utrzymuje się stan względnie dobry, wymioty występują późno, czasem wcale ich niema, śmierć następuje po tygodniu i później; w skręceniu zaś jelita objawy te zjawiają się prawie natychmiast: ogólny zapad, gwałtowne wymioty, pragnienie i rychła śmierć. W pierwszym — bardzo znaczne rozdęcie części jelita powyżej przeszkody, w drugim — zupełny brak tego rozdęcia lub bywa ono bardzo nieznaczne, przytem w wyższym odcinku jelita, w sąsiedztwie żołądka; w pierwszym — brak wysięku w jamie otrzewnowej; jeżeli nawet jest bardzo mała jego ilość, to wolna od bakteryj; w drugim — bywa stale dość dużo płynu zabarwionego krwawo, niekiedy mętnego i zawierającego drobnoustroje. Badanie mikroskopowe ściany jelita wykazuje wielką różnicę w zachowaniu się nabłonka części doprowadzającej i odprowadzającej: komórki nabłonkowe w pierwszej z nich znajdują się w żywej czynności, są bardzo ziarniste i zawierają nader mało pomiędzy sobą komórek kielichowatych ze śluzem; przeciwnie zaś w części odprowadzającej nabłonki okazują zupełny spokój, pomiędzy niemi mnóstwo komórek ze śluzem (*Becherzelle*).

Czy takie powiększenie się czynności błony śluzowej wystarcza samo przez się do takiego obfitego wypełniania pętli jelita powyżej miejsca niedrożności? Dla wyjaśnienia tego pytania autor wykonał doświadczenia na psach, wyłączając za przykładem Hermanna pętlę jelita z całości przewodu jelitowego. — W tym celu odcinał taką pętlę wraz z krezką poprzecznie, zeszywał koniec górny jelita z dolnym, zarówno jak i obydwa końce wyciętej pętli ze sobą, po dokładnem przepłukaniu jej roztworem kwasu borowego. W ten sposób powracała ciągłość przewodu jelitowego, wycięta zaś pętla tworzyła zamkniętą w sobie rurkę kolistą. Z doświadczeń tych autor wnosi, iż wydzielina gruczołów kiszkowych bierze bardzo wielki udział w wytwarzaniu mas kałowych, że jest nawet w oddzielonej i zamkniętej zupełnie pętli kiszek, której błona śluzowa nie ulega, rzecz prosta, podrażnieniu przez przesuwający się pokarm, lecz tylko sposobem odruchowym, że wreszcie wydzielanie to odbywa się w rozmiarach o wiele większych, niż to w ogóle się przyjmuje. W *ileus* stosunki są nieco odmienne, jak w takiej zamkniętej pętli: tam do powiększenia ilości mas kałowych w pętli doprowadzającej przyczynia się obfite przesączanie z naczyń wskutek zboczeń w krążeniu. Być może, że zarówno, jak w gruczołach błony śluzowej jelita, powiększa się w takich razach czynność i innych gruczołów narządu trawienia (trzustki, wątroby), że skład chemiczny wydzieliny w pętli oddzielonej różni się od prawidłowego; rozstrzygnięcie tych wątpliwości odkłada autor do następnej swej pracy. (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. Tom 35*). *Dr. L. Kryński.*

Higiena.

Prof. Finkelnburg (Bonn): **W sprawie różnych postaci prątków cholerycznych.**

Gdy w kwietniu 1892 r. pojawiła się cholera na przedmieściach Paryża, twierdziły tak władze francuskie jak i znakomici klinicy paryscy, że jestto zaraza od cholery azyatyckiej różna o postaci chorobowej mało niebezpiecznej. Potrzeba było dopiero badań podjętych przez zagraniczne komisye lekarskie, aby w wypróżnieniach osób chorych wykazać prątki Kocha i publicznie stwierdzić przyrodę choroby, która od lipca nawiedziła także śródmieście Paryża. Prof. Peter starał się wówczas przecinkowi Kocha odmówić znaczenia twierdząc, że niewinne prątki jelitowe pod wpływem choroby „podobnej do cholery“ przemieniły się w przecinkowce Kocha. Twierdzenie to dało atoli po za granicami Francyi jedynie powód do wesołości. Natomiast urzędowy bakteryolog prof. Netter wzbudził ogólne zaciekawienie wykładem, jaki

miał w Société des hôpitaux de Paris w dniu 22. lipca r. z. w wykładzie bowiem tym podaje szereg różnic, rzekomo zachodzących pomiędzy prątkiem przecinkowym przedmieść paryskich a prątkiem pochodzenia azyatyckiego, który hodowano w laboratoryach europejskich od czasu ostatniej z Indyi zawleczonej epidemii i od czasu badań podjętych w Indyach przez niemiecką komisyę choleryczną. Oparłszy się na tych rzekomych różnicach, gotowi byli lekarze francuscy upierać się przy przypuszczeniu swojskiego pochodzenia panującej zarazy tem bardziej, że na rok przedtem ogłosił Cuningham rozprawę o zmianach prątka przecinkowego na zasadzie badań podjętych w Indyach. To skłoniło F. do skontrolowania badań Nettera i rozciągnięcia ich na prątki choleryczne z Hamburga. Do badań swych użył hodowli 1) prątków z Argenteuil i Aubervilliers, 2) prątków pochodzących z Hamburga a wreszcie 3) 8—9 letnich hodowli laboratoryjnych pochodzących częścią z indyjskiej ekspedycyi ces. niemieckiego urzędu zdrowia, częścią z epidemii w Genui w r. 1884. Porównywał te hodowle pod następnemi względami: 1) szybkości wzrostu na płytach gelatynowych; 2) czasu pojawiania się rozpływu w hodowlach kłutych; 3) wpływu niższych ciepłot na wzrost hodowli i zdolności do życia; 4) zdolności ścinania mleka; 5) zdolności wytwarzania czerwieni cholerycznej (reakcya Bujwida i Briegera); 6) zależności od doprowadzenia tlenu; 7) wpływu na czerwone ciałka krwi i 8) zmian postaci.

Wyniki tych badań F. wykazały, że między prątkami z r. 1892 paryskiemi a hamburskiemi zachodzi tylko różnica co do szybkości wzrostu i rozpływiania gelatyny. Obie kategorye w porównaniu z prątkami dawniejszych hodowli okazywały większą oporność wobec niższych ciepłot i wobec braku tlenu oraz większą zdolność sprawiania kwaśnego robienia laktozy. Nadto różnica tyczyła się większego stopnia zjadliwości wobec czerwonych ciałek krwi (na gelatynie zaprawionej krwią ludzką powstawały w około kolonii odbarwione obszary w obu kategoryach prątków z r. 1892 stale większe, przeważnie o $^1/_3$, niż przy hodowlach dawniejszych prątków) oraz odmiennego kształtu i większej skłonności do tworzenia łańcuszków. (Prątki dawniejszych hodowli miały przeważnie smuklejszy kształt i jednostajniejszy przekrój, gdy prątki z r. 1892 tak hamburskie jak paryskie były grubsze i w środku obrzmiałe; miały też większą skłonność tworzenia dłuższych łańcuszków, co w dawniejszych hodowlach rzadko tylko i nie tak dokładnie można było widzieć).

Nie było zatem różnicy między prątkiem paryskiej „choroby do cholery podobnej“ a prątkiem niewątpliwie azyatyckiego pochodzenia w Hamburgu. I różnice pomiędzy grzybkiem od r. 1883 w pracowniach hodowanym a świeżo do Europy zawleczonym, nie są tak wielkie, aby podać mogły w wątpliwość mniemanie o niezmienności rodzaju.

Z powyższych badań wynika okoliczność zachęcająca do dalszych dochodzeń i mająca też obok innych i praktyczne znaczenie, iż choleryczny grzybek Kocha przez długie, latami trwające hodowle po za ustrojem ludzkim, wśród panujących w laboratoryjach wpływów ciepłot, powietrza i odżywiania zdaje się, że nic nie traci co do swych energij biologicznych. Zasługuje na wzmiankę, iż towarzyszące temu zmiany kształtu nie czynią tego prątka podobniejszym do prątka Finklera-Priora, lecz przeciwnie więcej do niego niepodobnym, niż prątki świeżo sprowadzone. O ile przytem i osłabnie toksyczne działanie na człowieka, będzie można dopiero rozstrzygnąć po wielu trudnych dochodzeniach porównawczych na zwierzętach i to jeszcze tylko z prawdopodobieństwem. Zajęcie się takiemi próbami wydaje się pożądanem już ze względu na wnioski co do przyczyn doświadczeniami stwierdzonego powolnego w naszym klimacie umniejszania się jadowitości miejscowych zakażeń, jakie dałyby się wysnuć z dodatnich wyników badań. (*Centralblatt f. allgem. Gesundheitspflege J. XII. H. 1. 2*). *Dr. Grabowski.*

Choroby oczne.

Hilbert: **Chloropia.**

W śród rozmaitych rodzajów widzenia barwnego najrzadszą jest *chloropia*, widzenie zielono, najczęstszą *erytropia* czyli widzenie czerwono; inne jak *ksanopia* i *cyanopia* pośrednie zajmują miejsce [1]). Przypadek powyższy tyczył się 63-letniej żydówki bardzo nerwowej, cierpiącej od czasu do czasu na mroczki migocące (*scotoma scintillans*), u której wśród objawów typowych migreny wystąpiła chloropia objawiająca się w ten sposób, że wszystko widziała jakby w jasno zielonej mgle; zboczeń żadnych w oku ani anatomicznych ani czynnościowych prócz zmniejszenia się bystrości wzroku z $^6/_6$ na $^1/_2$ wykazać przytem nie było można. Po użyciu pigułek lodowych i dużej dawki bromku sodowego przypady wszystkie w przeciągu 24 godzin ustąpiły zupełnie. Przypadków chloropii w literaturze znalazł autor bardzo nie wiele i to pobieżnie traktowanych. Mackenzie wspomina z chorym, który po zranieniu rogówki z następowem wypadnięciem tęczówki widział wszystko zielono.

Szokalski przytacza przypadek prof. Lenoira tyczący się młodej dziewczyny, która wszystkie przedmioty widziała przez kilka tygodni czerwono a nagle jednego dnia wystąpiła u niej chloropia. Podobny przypadek, opisał Purtscher u chorego po operacyi zaćmy.

Williams zaś wspomina o chorym z częściową chloropią występującą w postaci plam zielonych w rozmaitych miejscach pola widzenia.

Tak w tych przypadkach jak i w swoim własnym przyczyna zdaniem H. jest centralną a zboczenie samo rodzajem barwnej hallucynacyi wzroku. (*Centralbl. f. Augenheil. 1893. Februar*).

Goldzieher: **Przypadek guza gruźliczego we wzgórku czworaczym z następowem porażeniem ócz.** (*Ophthalmoplegia bilateralis*).

Przypadek tyczy się 5-letniego chłopca, u którego wśród dość szybko postępującego wychudnienia i osłabienia, wystąpiło całkowite porażenie oka zewnętrzne (*Ophthalmoplegia exterior*) i charakterystyczna skłonność do spania. Po 6-ciu miesiącach choroba zakończyła się śmiercią, przed którą wystąpiły stopniowo coraz to nowe przypady jak: niepokój dochodzący czasem do napadów szałowych, naprzemian z zupełną apatyą, zrywanie się w nocy z dziwnym jakby zwierzęcym krzykiem, mocne napadowe kurcze, pod koniec napady do epileptycznych podobne, wielka gorączka i znaczne poty. Sekcya wykazała: wzgórek czworaczy o zarysach niewyraźnych, tuż pod nastrzykaną jego powierzchnią guz ograniczony, wielkości orzecha laskowego, barwy szaro-czerwonawej, w środku zserowaciały, w najbliższem jego sąsiedztwie mierne rozmięknienie substancyi mózgowej, wodociąg Sylwiuszowy skutkiem ucisku nieco zwężony; badanie mikroskopowe przemawia za naturą gruźliczą guza.

Przebieg cały choroby nasuwa następujące ważne dla praktyki wnioski:

1) Guz zajmujący cały wzgórek czworaczy nie pociąga koniecznie za sobą ślepoty, gdyż pacyent ten nawet wtedy, gdy choroba znaczne już zrobiła postępy, z łatwością drobne jeszcze rozpoznawał przedmioty i to w rozmaitej odległości.

2) Przyczyna typowego porażenia zewnętrznego oka (*Ophthalmoplegia exterior*) nie koniecznie tkwić musi w ośrodkowych jądrach nerwu okoruchowego; mogą ją bowiem wywołać zmiany w pobliżu tych jąder a pociągające za sobą zboczenia w krążeniu, wypocinę lub krwotok w samej okolicy jąder.

3) Porażenie oka wraz ze zboczeniami koordynacyjnemi w dolnych kończynach pozwala na wniosek, że siedzibą zmian ośrodkowych jest wzgórek czworaczy.

4) Drgawki spastyczne w kończynach wraz z ogólnymi napadami podobnymi do epileptycznych mogą być wywołane przez zmiany w samym tylko wzgórku czworaczym, gdyż w powyższym przypadku stanowczo można było wyłączyć tak zapalenie opon jak i znaczne przekrwienie mózgu, któremi przypady te Nothnagel stara się tłómaczyć. Owszem zdanie to autora potwierdzają doświadczenia na zwierzętach Ferriera, który przez długie drażnienie wzgórka czworaczego

[1]) por. Hilbert: Przyczynek do znajomości kyanopii, referent w Przeglądzie lek. 1892 Nr. 18.

wywoływał rozmaite kurcze i ów charakterystyczny krzyk, uważany przez niego za patognomoniczny dla zadrażnień wzgórka czworaczego. (*Centrbl. f. prakt. Augenheilk. 1893. Februar*).

Raehlmann: **Chlorek skopolaminy, nowy środek rozszerzający źrenicę i zastósowanie jego w praktyce okulistycznej.** Jest to alkaloid otrzymywany z korzenia rośliny *Scopelia atropoïdes*, należący równie jak atropina lub hioscyna, od których się jednak różni swym składem chemicznym, do grupy tropeinów, rozszerzający źrenicę równie jak one po zapuszczeniu w roztworze do worka spojówkowego. Półroczne doświadczenia na oczach zdrowych i chorych przekonały R., iż jako środek rozszerzający źrenicę skopolamina dorównywa a w niektórych razach przewyższa wszystkie inne dotychczas używane, nie wyłączając nawet atropiny, a nie sprawiając nieprzyjemnych i szkodliwych objawów, jakie zauważono po hioscynie lub po dłuższem używaniu atropiny, może być przez długi czas stósowaną bez żadnej szkody. W przypadkach, w których chodzi więc o stałe rozszerzenie źrenicy a początkowe objawy zatrucia lub idyosynkrazyi przeciwskazują używanie atropiny, może ją w zupełności zastąpić. Jako środek przeciwzapalny i kojący bóle nie ustępuje też w niczem atropinie, lepiej nawet działa niż ona na nastrzykanie rzęskowe i na łuszczkę, znakomite zwłaszcza oddaje usługi w ropnych zapaleniach, jak zapaleniu ropnem rogówki (*keratitis suppurativa*) i wrzodzie czołgającym (*ulcus serpens*) lub *Iridocyclitis*, w których chorzy często źle znoszą atropinę. Nagromadzenie się ropy w przedniej komórce (*Hypopyon*), które, jak R. spostrzegł, powiększa się nieraz podczas używania atropiny, tu zmniejsza się zawsze. Na ucisk śródoczny zdaje się, że nie wywiera szkodliwego wpływu, gdyż nawet w powiększeniu się ucisku oko dobrze ją znosi i z tego względu dałby się środek ten korzystnie zastósować w razie zapalenia tęczówki, która wystąpiła w oku jaskrą nawiedzonem. Również w wielu przypadkach przewlekłych zapaleń z następową jaskrą używał R. skopolaminy z pomyślnym skutkiem a w jednym przypadku jaskry absolutnej zauważył nawet ustąpienie bólów i wszelkich objawów zadrażnienia. Używa się roztworu wodnego chlorku skopolaminy $^1/_{10}$%—$^1/_5$% co odpowiada $^1/_2$—1% roztworowi atropiny i to najlepiej, i w dawce drobnej. Porażenie żdziergacza tęczówki i akomodacyi jest tu takie samo i trwa równie długo, jak po atropinie. (*Klin. Monatsbl. f. Augenheil. 1893. Februar*). *Dr. Langie.*

Notatki terapeutyczne.

Do niebolesnego rozszerzenia szyjki macicznej poleca Lefour (*Semaine médicale*) następujący roztwór:

37) *Aetheris sulfurici 85·00*
Jodoformii 10·00
Cocaini puri 5·00

Do roztworu tego wkłada się na 8 dni pręciki z blaszkownicy (*laminaria*).

Do wyjałowionych wstrzykiwań podskórnych przetworów rtęciowych nadają się następujące roztwory:

38) *Mercurii sublimati 0·01*
Aetheris sulfurici 5·00
Solve et adde
Olei olivarum sterilisati 25·00
Aether calore removeatur!
lub
39) *Mercurii bijodati 0·40*
Olei olivarum sterilisati 100·00
Solve calore 60° C.

(*Pharm. Ztg. 1892. 42*).

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sekcya lwowska.

IV. posiedzenie z dnia 3. marca 1893.

Przewodniczący Dr. Schramm. — Obecnych członków 32.

1) Po odczytaniu protokołu z ostatniego posiedzenia kol. Bory mówi o przypadku krwotoku na podstawie czaszki, obserwowanym w oddziale prymar. Ziembickiego.

W dniu 1. listopada 1892 r. przyjęto do oddziału chirurgicznego J. W., 30 l., subjekta handlowego, który w tymże dniu rano w zamiarze samobójczym postrzelił się z rewolweru w okolicę podszczękową. Badanie wykazało: w okolicy podszczękowej, nieco na lewo od linii środkowej otwór o średnicy około 2 mm. przebijający język i takiż otwór w tylnej części podniebienia twardego na $^1/_2$ cm. na lewo od linii środkowej. Rany wypełnione i pokryte skrzepami krwi, prawie wcale nie krwawią. Nieznaczne krwawienie z lewego nozdrza. Powieki oka lewego nieco obrzmiałe, krwią podbiegłe; górna powieka opada i pokrywa gałkę oczną. Źrenice obustronnie wązkie, lewa nieco szersza od prawej. Oddziaływanie na światło źrenicy prawej bardzo leniwe, lewej zupełnie zniesione. Ruchy gałki ocznej lewej ku wewnątrz i ku górze zniesione. W lewem oku brak poczucia światła. Ponadto wykazało badanie porażenie dolnych gałązek nerwu twarzowego prawego i znaczny niedowład kończyn strony prawej, znaczniejszy w kończynie dolnej.

Dnia 2. XI. przed południem ciepłota 38°, tętno 80. Chory niespokojny, skarży się na mocny ból głowy. Badanie oprócz objawów poprzedniego dnia dostrzeżonych wykazuje światło wstręt miernego stopnia, wysadzenie gałki ocznej lewej ku przodowi i zboczenie jej na zewnątrz. Wieczorem chory miał dreszcze i wymioty. Ciepłota 39, tętno 92. Język obłożony. Umysł chorego nieco zamroczony. Z powodu zaparcia żywota zastósowano Hegara i olej rącznikowy.

Dnia 3. XI. chory nieprzytomny, majaczy. Gałka oczna lewa mocno ku przodowi wysadzona zbacza nieruchomo na zewnątrz. Sztywność w karku. Brzuch zapadły. Wybitna przeczulica skóry i objaw Troussa (tâches cérébrales). Kończyny strony prawej po podniesieniu opadają bezwładnie. Ciepłota rano 39, wieczorem 38·5. Tętno wieczorem 70.

W kilku dniach następnych stan pozostaje prawie niezmieniony. Tylko w dniu 6. XI. wysadzenie gałki ocznej wydało się mniejszem a w następnych dniach stopniowo ustąpiło zupełnie.

Dnia 11. XI. przed południem chory chwilowo przytomny, odpowiada nawet krótko na pytania, poczem znowu zapada w majaczenie.

Od dnia 13. XI. chory przytomny. Odtąd obniża się ciepłota ciała z każdym dniem (od dnia 17. XI. stan niegorączkowy) a w miarę tego polepsza się stan chorego i zmniejszają się objawy porażne. Wysadzenie gałki ocznej lewej zupełnie ustąpiło; jest ona raczej nieco zapadła. Objaw Troussa zawsze jeszcze bardzo wybitny: najlżejsze podrażnienie skóry wywołuje mocne i długo trwające przekrwienie tak, że na skórze pisać i rysować można. Mowa jest nieco utrudniona, powolna i przerywana. Chory w rozmowie nie może sobie przypomnieć najzwyklejszych wyrazów, czem się bardzo niecierpliwi.

W dalszym przebiegu w drugiej połowie listopada opisane objawy porażne stale się zmniejszają i częściowo zupełnie ustępują. Najwcześniej ustąpiły zboczenia w mowie. Równocześnie dosyć szybko zmniejsza się porażenie kończyn. W ostatnich dniach listopada chory może się już dźwignąć z łóżka przy pomocy dozorcy a w pierwszych dniach grudnia już tylko o laskę oparty chodzić. Chód jednakże jest chwiejny i niepewny. Przy obrotach chory się zatacza i upada. Wybitny bezład ruchów.

Nie wdając się w szczegóły przebiegu choroby, przedstawię jeszcze treściwie stan chorego w dniu 10. grudnia, t. j. w dniu rekonwalescencyi chorego. Z objawów przedstawionych możemy wykazać jeszcze: *a*) Niedowład powieki górnej oka lewego. Chory podnosi powiekę górną dosyć znacznie, robi to jednakże w części za pośrednictwem mocnego skurczu mięśnia czołowego. *b*) Gałka oczna lewa zbacza zaledwie widocznie na zewnątrz. Podczas zbieżności osi widzenia okazuje się niedowład mięśnia prostego wewnętrznego. Ruchy gałki ocznej ku górze i ku dołowi nie są upośledzone. *c*) Oddziaływanie bezpośrednie źrenicy oka lewego na światło zupełnie zniesione, współczulne bardzo wyraźne choć nieco leniwe. *d*) W lewem oku brak poczucia światła. Badanie wiernikowe dokonane łaskawie przez kol. Kickiego wykazuje obraz zaniku nerwu wzrokowego. *e*) W prawej kończynie górnej pozostało tylko miernego stopnia osłabienie siły mięśniowej: uścisk dłoni prawej jest słabszy niż lewej. W dolnej kończynie prawej utrudnione jest tylko wyprostowanie w stawie kolanowym. *f*) Pobudliwość odruchowa zwiększona. Odruch kolanowy i stopowy po stronie prawej znacznie powięk-

szone (uderzenie młotkiem wypukowym wywołuje drgania kloniczne w kończynie). *g)* Chód jeszcze chwiejny i niepewny. W takim stanie chory na usilne własne żądanie opuścił szpital.

Co się tyczy rodzaju cierpienia, to w danym przypadku cały przebieg choroby, tj. stopniowe szybkie powiększanie się a następnie zmniejszanie się i ustąpienie prawie wszystkich objawów w czasie stosunkowo dosyć krótkim wytłómaczyć można jedynie krwotokiem z następowem uciśnięciem mózgu, jednakże bez znaczniejszego bezpośredniego uszkodzenia mózgu. Obecność prawie wszystkich objawów zapalenia opon mózgowych odnieść należy do zapalnej reakcyi, do zapalnego nacieku w oponach bez przejścia w ropienie.

Co się tyczy umiejscowienia cierpienia, to początkowo stwierdziliśmy taką kombinacyę objawów, która wskazuje na siedzibę cierpienia a względnie uszkodzenia w szypułkach mózgowych, tj. porażenie połowicze i porażenie dolnych gałązek nerwu twarzowego po jednej stronie ciała z równoczesnem porażeniem nerwu okoruchowego po stronie przeciwnej, co wskazuje, jak wiadomo, na siedzibę cierpienia w szypułce mózgowej po stronie porażenia nerwu okoruchowego. W ten sposób wyobrażaliśmy sobie dany przypadek w pierwszych dniach obserwacyi. Tę kombinacyę porażeń łatwo wytłómaczyć, jeżeli sobie przywiedziemy na pamięć stosunki anatomiczne szypułek mózgowych w przekroju pionowym czołowym.

Obok wymienionych objawów podczas zajęcia lub uciśnięcia części sąsiednich wystąpić mogą jeszcze inne zboczenia, przedewszystkiem porażenie nerwu podjęzykowego po stronie porażenia kończyn (jak w danym przypadku), dalej zboczenia czucia, wzroku, mowy i w równowadze ciała. Zboczenia w równowadze obok równoczesnych porażeń nerwów ruchowych oka i zboczeń wzroku, odnosi Nothnagel na podstawie własnych doświadczeń i zestawienia wyników dotychczasowych badań do zmian chorobowych w ciałku czworaczem. W naszym przypadku nie możemy jednakże przypuścić uszkodzenia ciałka czworaczego, ponieważ już wykluczyliśmy w ogóle bezpośrednie uszkodzenie mózgu a zresztą uszkodzenie lub uciśnięcie ciałka czworaczego pociągnęłoby za sobą zupełną ślepotę a względnie co najmniej znacznego stopnia zboczenia wzroku w obu oczach. Uszkodzenie pasma nerwów wzrokowych (tractus optici) wywołałoby hemianopsią. W danym przypadku była ślepata tylko oka lewego, która wystąpiła natychmiast po urazie; możemy ją przeto wytłómaczyć jedynie bezpośredniem uszkodzeniem nerwu wzrokowego lewego. Za bezpośredniem uszkodzeniem nerwu wzrokowego przemawia także wysadzenie gałki ocznej, już w drugim dniu po urazie wybitne, które należy odnieść do krwotoku do oczodołu. Za krwotokiem do oczodołu przemawia nadto krwawe podbiegnięcie powiek, które występoje stale w razie krwotoku do szczeliny oczodołowej górnej. Z tej samejprzyczyny porażenie nerwu okoruchowego lewego było prawie zupełne.

Zważywszy to wszystko przychodzę do następujących wniosków. Cały zbiór objawów i przebieg cierpienia tłomaczę sobie i wyobrażam w ten sposób, że postrzał nie uszkodził mózgu bezpośrednio, lecz ugrząsł na podstawie czaszki, a to według kierunku kanału postrzałowego i objawów następowych najprawdopodobniej w kości klinowej w okolicy guzka siodła tureckiego (*tuberculum ephipii*), tworząc szczelinę w kości, sięgającą do otworu wzrokowego (*foramen opticum*) i do górnej szpary oczodołowej (*fissura orbitalis superior*). Uciśnięcie nerwu wzrokowego lewego wskutek przesunięcia się kości rozszczepionej i wskutek krwotoku do oczodołu z następowem zapaleniem i zanikiem nerwu wzrokowego sprowadziło zupełną ślepotę oka lewego. Krwotok zaś do jamy czaszkowej średniej wywołał przedewszystkiem ucisk na lewą szypułkę mózgową z zależnymi od tego objawami porażnemi (porażenie połowicze prawe, porażenie nerwu podjęzykowego i dolnych gałązek nerwu twarzowego prawego i nerwu okoruchowego lewego) a resztę objawów, zboczenia mowy i równowagi ciała, wytłomaczyć możemy uciśnięciem sąsiednich części mózgu. Porażenie nerwu podjęzykowego jednostronne nie wywołuje zazwyczaj żadnych zboczeń w mowie, a zresztą zboczenia te mogłyby być tylko przyrody ruchowej. Wobec tego, że wspomniałem o badaniach Nothnagla co do ciałka czworaczego, muszę jeszcze nadmienić, że zboczenia w równowadze ciała w danym przypadku możemy łatwiej wytłómaczyć uciśnięciem móżdżku (Bernhardt i Bechterew odnoszą także wszystkie zboczenia w równowadze ciała spostrzegane w cierpieniach ciałka czworaczego do współudziału móżdżku w sprawie chorobowej).

Rzecz całą przedstawiłem nie w zamiarze powiedzenia czegoś nowego, lecz tylko za zachętą kol. Przewodniczącego przedłożyłem obserwacyą przeprowadzoną dla własnej wprawy w rozpoznawaniu chorób mózgowych.

Kol. Kadyi mniema, że opisany przypadek łatwiej dałby się wytłómaczyć w ten sposób, że kula ugrzęzła w tylnej części oczodołu lub w okolicy otworu wzrokowego, że bezpośrednio uszkodziła nerw wzrokowy i sprowadziła krwotok do oczodołu i wysadzenie gałki ocznej. Resztę objawów należy odnieść do następowego krwotoku na podstawie czaszki.

Kol. Schramm zaznacza, że pomiędzy przedstawieniem kol. Borego a kol. Kadyjego tylko ta jest różnica, że pierwszy upatruje siedzibę kuli w kości klinowej, kol. Kadyi zaś w oczodole. Zresztą tłumaczenie objawów jest jednakowe. Sposób, w jaki kol. Kadyi wyobraża sobie utkwienie kuli, jest prostszy i kol. S. przychyla się pod tym względem do jego zdania.

Kol. Ziembicki sądzi, że, jeżeli rzeczywiście w danym przypadku powstała szczelina w kości u podstawy czaszki, to przypadek ten należy o tyle zaliczyć do rzadkich, że nie przyłączyło się ropne zapalenie opon mózgowych.

Kol. Bory przyznaje, że tłomaczenie, jakie daje kol. Kadyi, jest rzeczywiście prostsze i łatwiejsze i przyjmuje to tłomaczenie. Zresztą rzecz ta nie zmienia wywodów o danym przypadku i tłomaczenie objawów nie doznaje przez to zmiany, ponieważ ślepotę oka lewego u chorego wywodził także z bezpośredniego uszkodzenia nerwu wzrokowego. Kol. B. do przypuszczenia siedziby kuli nieco więcej ku tyłowi skłonił głównie kierunek kanału postrzałowego mocno ku tyłowi podany.

2) Kol. Przewodniczący odczytuje przedłożone przez kol. Pawlikowskiego i kol. Obtułowicza sprawozdania o chorobach nagminnych, panujących we Lwowie i w powiecie lwowskim w miesiącach styczniu i lutym.

3) Na wniosek kol. Przewodniczącego postanowiono wynająć stały lokal dla zebrań koleżeńskich po każdem posiedzeniu.

4) Odczyt kol. Stachiewicza: O zgorzeli płuc, będzie umieszczony w całości w *Przeglądzie Lekarskim.*

Sekretarz *Dr. Bory.*

V. Ze Wschodu.

Zarysy lekarskie.

Przez

I. Iłg . . .

(Dok. Patrz Nr. 12.)

Do odpornych przeciw cholerze miejscowości, przynajmniej do czasu, zanim się ona tu nie ukaże, zaliczyć można wyniosłą powierzchnią Azyi wschodniej. Miasta Mongolii, składające się przeważnie z koczujących Mongołów i kupczących Chińczyków, odznaczają się nadzwyczajnem niechlujstwem; w gęsto zaludnionych podwórzach, budynkach i wązkich ciasnych uliczkach na każdym kroku kupy śmieci i wszelkich odpadków organicznych; takim jest pograniczny Majmaczyn jak również o 300 wiorst odległa ztąd Urga, owa stolica świata budyjskiego, do której co lato zjeżdża się po paręset tysięcy ludności. Mimo tak jednak przychylnego dla zarazy gruntu cholery tu nikt nie pamięta, ani samodzielnie rozwijającej się, ani z Chin przyniesionej. Do tych miejscowości wskazanych przez Pettenkofera, w których pomimo wszelkich niehigienicznych wpływów cholera się nie rozwija, zaliczyć musimy i powyżej wymienione.

Do rzędu często spotykanych chorób należy kiła, mniej szerząca się pomiędzy ludnością rosyjską a więcej wśród

koczujących ludów tutejszych, gdzie całe ułusy zaraża, jak to widzimy u północnych Ostyaków i Jakutów lub bardziej na południe posuniętych Buryatów i Tunguzów; jeszcze zaś większe spustoszenie czyni trąd, *lepra*, w ziemi Jakuckiej w okręgu Wilujskim; niemało do tego się przyczynia ubóstwo ludności północy, żyjącej wśród śniegów, chłodów i wilgoci, w pogoni za dzikim zwierzem lub też w swych źle opatrzonych dymnych jurtach, mającej za główne pożywienie ryby i mięso solone.

Teoryą, że trąd biblijny, który był tak pospolitym od VIII do XV wieku w Europie i obecnie tamże w kilku miejscowościach się pojawił, miał być formą zastarzałej kiły, dziś można uważać za zupełnie nieuzasadnioną. Według opowiadań naocznych świadków chorzy na trąd straszny przedstawiają widok; porażone członki, przeważnie dolne, pokrywają się ranami, następuje rozpad tkanek i gnicie, które w końcu sprowadza zakażenie krwi. Delegowani przez rząd dla walki z tą chorobą do Wilujska lekarze i wszelkie stósowane dotąd środki, wobec antyhigienicznych warunków życia i złego odżywiania, okazały się zupełnie bezskutecznemi. Znana Wam zapewne z pism, niejaka angielka Mis Kate Marsden, osławiona filantropka, która 1890 roku wyrobiwszy sobie półurzędową w Petersburgu misyę i uzbierawszy poważną sumę, jako zbawczyni ludzkości pojechała do Wilujska dla ratowania umierających Jakutów. Po głośnych reklamach o zakładaniu szpitali i leczeniu trędowatych, skończyło się na tem, że nie dojechawszy do miejsca przeznaczenia, zmęczona i zniechęcona podróżą, zemknęła z Jakucka.

W stósunkach obecnych żadne jednak środki lecznicze, żadne szpitale i lekarze z osobna nie wpłyną na przecięcie rozwoju trądu, podobnie jak i innych chorób zakaźnych; brak dobrobytu, oświaty, cywilizacyi, tych wielkich w życiu ludzkości czynników, którymi się współczesna Europa od średniowiecznej odrodziła. Wskutek nieczystości, nieobmywania ciała, brudnej odzieży, choroby naskórne często się szerzą wśród miejscowej ludności, szczególniej koczującej inorodczej; w ich rzędzie pierwsze miejsce zajmuje świerzbiączka. Do chorób endemicznych, którym łatwo podlega ludność miejscowa a jeszcze bardziej przybyła, należy w pierwszym rzędzie reumatyzm stawowy a jeszcze pospoliciej mięśniowy, często połączony z zapaleniem osierdzia (*pericarditis*), rzadziej śródsierdzia (*endocarditis*) a mający nieraz przebieg ciężki i groźny. Zapalenie opłucnej pospolicie przechodzi bez wysięku a niema trupa, u któregoby nie było w tutejszym ostrym klimacie zrośnięcia dwóch listków opłucnej. Zapalenie płuc dosyć często się przytrafia, jak również ostry nieżyt oskrzeli; suchoty rzadko bywają i przebieg ich stósunkowo łagodny, o czem świadczą wszyscy lekarze miejscowi; rozwijają się zaś zazwyczaj wskutek pierwotnego nie rozdzielonego zapalenia płuc lub przewlekłego nieżytu dróg oddechowych. Do innych chorób często się zdarzających należy jaglica i nieżyt powiek. Znaczna ilość spożywanych ryb, przeważnie solonych, w szczególności ulubionego przez tutejszych mieszkańców omula, poławiającego się w Bajkale, mnóstwo psów utrzymywanych przez Buryatów i przybiegających z Mongolii wpływają na rozmnożenie tak u dorosłych jakoteż u dzieci rozmaitych pasorzytów. Nie mówiąc już o zwykłych glistach (*ascarides lumbricoides*) i o włosoglówce ludzkiej (*trichocephalus dispar*) często spotyka się tasiemca nieraz całe życie prześladującego swą ofiarę. Ludowem lekarstwem na tasiemca jest świeży kawior, który spożywają równocześnie z zażyciem środków przeczyszczających.

Wobec blisko 18 tysięcy lekarzy w państwie rosyjskiem, dziś lekarz i w Syberyi, jak to było przed 30 laty, nie jest unikatem; ogółem liczba ich tu dochodzi 500, przeważnie wszyscy na służbie rządowej po miastach, w ogniskach zarządów administracyjnych; a tymczasem całe przestrzenie, tysiące wiorst pozostają pozbawione wszelkiej pomocy lekarskiej. Z $7^1/_2$ milionów w Syberyi ludności, w tej liczbie 800 tysięcy tak zwanych inorodców, jedni żyją w pierwotnej jeszcze kulturze, pędząc życie koczownicze i nie udają się do lekarzy, inni znowu jak Tatarzy lub Buryaci hołdują swej własnej cywilizacyi, posiadają samorodną medycynę. Wobec tych warunków czynność lekarzy dla stanu zdrowotności miejscowej ludności jest martwą literą a zajęcie ogranicza na rozjazdach służbowych lub jedynie załatwianiu papierów czysto urzędowej natury. Wobec znacznej ilości kończących naukę lekarzy i nieustannej pogoni za chlebem, posad mało wakujących a w miastach przepełnienie nawet lekarzami; tak naprzykład Tomsk ma ich 37, Irkuck 36, Omsk 31, Ekaterynburg 23, Tobolsk, Krasnojarsk, Czyta, Władywostok po 12, Troickosawsk 10, Blagowieszczeńsk 9, Chabarówka 8, Tiumeń 8, Barnauł 6 i t. d. — Jak na innych polach pracy cywilizacyjnej, tak i też praktyki lekarskiej byli pierwszymi pionierami w Syberyi Polacy, skazani na deportacyę po latach 1831 a w szczególności po roku 1863, zostawiając tu wszędzie po sobie niezatartą pamięć i wdzięczność miejscowego społeczeństwa. Na ich czele postawić należy zasłużonego przyrodnika, Benedykta Dybowskiego, dalej mieszkających tu Krasickiego, Kościałkowskiego, Ciechanowskiego, Jaworowskiego, Orzeszkę, Swidę, Tomkowicza, Landowskiego i tylu innych. Dziś już większości nie stało; jedni zyskawszy pozwolenie wrócili do kraju, drudzy złożyli kości na mroźnej obcej, choć gościnnej ziemi, jak zmarły w Czycie Baupré lub Wiszniewski, Czekatowski, Ziemacki, Łagowski zmarli w Irkucku; jeszcze niedobitki tej wielkiej cywilizacyjnej armii rozproszone tu i owdzie po Syberyi, wniosłszy lepsze pierwiastki i swą wiedzę w ofierze miejscowemu społeczeństwu, dożywają tu swego wieku otoczeni czcią i szacunkiem powszechnym. Obecną liczbę lekarzy Polaków w Syberyi obliczyć można na 10%.

Na położone na najdalszych kresach państwa posady wojskowe zwykle przysyłani bywają lekarze kończący akademię wojenno lekarską w Petersburgu. Dyscyplina i wymagania zwierzchności nieraz trudne do pogodzenia ze stanowiskiem ich, wreszcie towarzystwo, raczej brak jego, czynią pod każdym względem położenie ich niegodnem zazdrości. Lekarze cywilni przeważnie pochodzą z uniwersytetów kazańskiego, rzadziej moskiewskiego. Rzuceni prosto ze szkolnej ławki na bezludne pustkowie, zdala od kraju i swoich, pozbawieni wszelkich wyższych dążności i bodźca do pracy, marnieją, oddając się tak rozpowszechnionemu nałogowi pijaństwa; mocniejsze tylko i zahartowane natury, wierzące w swe siły i pomoc własną, umieją, jeśli już nie ożywić ospałych, to przynajmniej stworzyć sobie oddzielny świat i pracę. Większość niestety trawi życie przy kartach lub też często się zdarza, iż lekarze oprócz medycyny uprawiali bandle, zakładali sklepy, poszukiwali złota i t. d. a co gorsza, ku wstydowi zawodu naszego bywały przypadki lekarzy figurujących w sprawach kryminalnych, których i obec-

nie kilka na porządku dziennym, ukrywanie zabójstwa, branie łapówek i fatalne zdarzenie, w którem lekarz ograbia umierającego, przywłaszczając sobie całą jego majętność. Szczęściem, że w sprawach tych nie umoczył rąk żaden z kolegów naszej narodowości.

Jeżeli się skarżą na brak obowiązującej pomocy lekarskiej dla ludności gubernij zachodnich i Wielkorosyjskich, to jakąż może być organizacya w tak rozległej i niecywilizowanej Syberyi? Jeden lekarz wioskowy (sielski) z 50 rs. na lekarstwa i kilku pijanymi felczerami obowiązany jest leczyć okrąg, mający co prawda tylko kilkadziesiąt tysięcy ludności, lecz nieraz o kilka razy większej przestrzeni niż królestwo Galicyi i Lodomeryi. Zajęcia więc tylko i pomoc muszą być fikcyjne a zależą często od osobistych zapatrywań się lekarza, poczuwającego się do jakiegoś działania lub wprost przeprowadzającego wszystko na papierze. Orzeczenie spraw sądowo-lekarskich należy do lekarzy okręgowych a zajęcia ich zależą od przestrzeni okręgu, jego zaludnienia, wreszcie ilości przestępstw. Gdzie deportacya znaczniejsza w pobliżu miejsc katorgi, i ilość przestępstw o wiele większa. Niższy stopień cywilizacyi położył swe piętno i na charakterze przestępstw samych; niema tu skomplikowanych zabójstw europejskich a wszystko grube i łatwo zdradzające występcę. Przeważną liczbę pomiędzy obdukcyami sekcyjnemi zajmują przypadki zamarznięcia lub samobójswa, dokonanych pod wpływem pijaństwa; nałogowi temu bardzo się oddaje ludność rosyjska tak, że niejednokrotnie w biały dzień podejmują opodal szynków skostniałych nieboszczyków. Wobec istniejącego w Syberyi monopolu na gorzelnie, pozostają one jako i sprzedaż samej gorzałki wyłącznie w ręku większych kapitalistów; pomimo iż ceny wysokie a produkt lichy, porozrzucana sieć szynków czyha na zdobycz, umiejętnie wyzyskując kieszeń łatwowiernych kundmanów a dodać należy, że źle oczyszczona wódka syberyjska ma własność prędkiego upajania. — Niemniej groźną a szkodliwą konkurentką jest sprzedawana przez Chińczyków „chańczyna“, pędzona z prosa i innych traw, gorzej jeszcze oczyszczana, o wstrętnym zapachu i smaku. Chińczycy sami jej prawie nie używają; natomiast piją wódkę pędzoną z ryżu gorącą, w małych, wielkości paru naparstków miseczkach. W pogranicznych południowych częściach Zabajkalii, surowo wzbronioną przez rząd, potajemnie sprzedają „chańczynę“, przyuczając do niej ludność miejscową, jak również do palenia makowca, wielce zgubny wpływ wywierającego. „Chańczyna“ ma to do siebie, iż prędko sprowadza utratę przytomności i łatwo następuje otrucie. Widziałem kilku ludzi pijanych od „chańczyny“, sprawiających wrażenie ludzi konających; bezprzytomni, bez pulsu, ciepłota ciała zniżona do 36°, oddech krótki, ciało i gałki oczne pozbawione czucia; w takim stanie pozostawał jeden z nich godzin 12. Sekcye wykazują tu zwykle przewlekłe, organiczne zmiany alkoholikom właściwe, stłuszczenie serca i wątroby, zmiany w tętnicy głównej i jej zastawkach i t. p. Pijaństwo tak bardzo zakorzenione w tutejszem społeczeństwie, iż podlegają mu wszystkie jego warstwy; piją bogaci i biedni, mężczyźni i kobiety; wielkąby więc pod tym względem okazało usługę umiejętnie kierowane towarzystwo dobroczynności, podnoszące zdrowotność, jako też moralność i dobrobyt tutejszej ludności. Natomiast pośród Buryatów w Zabajkalii pijaństwo jest mało rozwinięte, jak Rosyanie swojego „wina“, Chińczyczycy „chańczyny“ i „majgały“ używają, Buryaci rodzaju kumysu „arakuszem“ zwanego; napój to urządzany z mleka, z małym procentem alkoholu, z przykrym zapachem i smakiem.

Oprócz wyżej wymienionych przyczyn sądowych obdukcyj, zdarzają się samobójstwa przez powieszenie lub utopienie się; do wykwintniejszych zaś sposobów śmierci, jak otrucie się zapałkami fosforowemi lub strychniną, uciekają się chyba skazani z Rosyi europejskiej. Przy bystrości i wylewach górskich rzek i potoków, nie rzadkiemi tu bywają przypadki utonięcia, nie tylko na wiosnę lecz i w innych porach roku; jesienią i latem wzbierają nagle wody, stósownie do podnoszenia się ich w strumieniach wyżej leżących.

Zabójstwa w celach grabieży, wogóle nie częste; w południowych zaś okręgach Zabajkalii, tak nielicznie osiadłych przez skazanych, sprawy tego rodzaju należą do wyjątkowych. Pozbawieni cywilizacyi europejskiej inorodcy syberyjscy nie otrzymali i równocześnie z nią rozwijających się stron ciemnych a będąc prostaczkami i poganami kierują się jednak zasadą miłości bliźniego a wykroczenia przeciw temu przykazaniu i moralności w porównaniu z ludnością napływową, spotykają się u nich tylko wyjątkowo.

VI Wiadomości bieżące.

— Jak po inne lata o tej porze, otrzymaliśmy teraz Dwudzieste zdanie sprawy komitetu Towarzystwa opieki szpitalnej dla dzieci w Krakowie za rok 1892. Jak to Towarzystwo a mianowicie należący do niego szpital dla dzieci św. Ludwika, zostający pod dyrekcyą Prof. Dra M. L Jakubowskiego, spełnia swe zadanie i jakiem cieszy się zaufaniem w Krakowie i jego okolicy, pouczą najlepiej następujące cyfry.

Szpital ma łóżek 120, t. j. 24 kliniczne a 96 szpitalnych. Leczono w szpitalu stale 1252, ambulatoryjnie 5240, zaszczepiono krowianką 111 dzieci.

Średni czas leczenia chorego wynosił dni 25·7, średnie koszta utrzymania dziennie chorego 54 centy. Największa liczba dni leczenia była w maju (2767), najmniejsza w sierpniu (1986). Co do miejsca pobytu rodziców, było 287=28·24% z Krakowa, 728=71·76% dzieci zamiejscowych. Pod względem wyznania było dzieci chrześcijańskich 901=88·77%, izraelickich 114=11·23%. Co do skutku leczenia, wyszło uleczonych 627=58·27%, z polepszeniem 53=4·92%, nieuleczonych 67=6·22%, zmarło 265=24·63%, pozostało na rok 1893 64=5·96%. Operacyj wykonano 296, między niemi samych tracheotomij 45, tracheotomij następowych po intubacyi 17, samych intubacyj 67, intubacyj po tracheotomii było 3.

Z 45 tracheotomij wyszło uleczonych 13=28·9%, nieuleczono 1=2·2%, umarło 31=68·9%. Z 67 intubacyj wyszło uleczonych 23=34·5%, nieuleczonych 2=2·9%, umarło 42=62·7%.

Rzecz cała kończy się obszernem zdaniem sprawy z lecznicy dla dzieci skrofulicznych w Rabce założonej jeszcze w roku 1887 z inicyatywy Prof. Jakubowskiego.

— **Konkurs.** Wydział powiatowy Nadworniański rozpisuje konkurs na posadę lekarza okręgowego w Majdanie średnim. Gmin 11, ludności 19453. Płaca roczna 500 złr., ryczałt na podróże 328 złr. Podania do 15. kwietnia b. r. do Wydziału powiatowego.

— Pierwsze posiedzenie międzynarodowej komisyi sanitarnej mającej ułożyć plan jednolitego działania przeciw cholerze odbyło się w Dreźnie w dniu 11. Marca r. b. Obrady trzymane są w tajemnicy a rezultat działania komisyi podany będzie do publicznej wiadomości dopiero po ratyfikowaniu ich przez państwa w konferencyi udział biorące.

Następujące państwa reprezentują następujący delegaci lekarze: Francyą Brouardel i Proust, Anglią Thorne Thorne, Niemcy Koch, Austro-Węgry Kousy, Belgię van Ermenghen, Danię

Lehmann, Grecyą Vaffiades, Niederlandy Ruysch, Włochy Pagliano, Hiszpanią San-Martino, Rumunią Félix, Szwajcaryą Roth i Schmidt. Rosya, Serbia i Szwecya nie wysłały delegatów lekarzy.

— Ustanowione przez rząd niemiecki w czasie zeszłorocznej epidemii cholerycznej inspekcye lekarskie nad Elbą, Odrą, Wisłą i Renem były bardzo czynne, jak pokazuje się z następujących dat odnoszących się wszakże tylko do Elby i Odry.

Od 13. września do 29. listopada zrewidowano na Elbie 57108 statków wodnych i 205954 osób, desinfekcyonowano 32351 statków i wykryto 108 przypadków cholery a 11 przypadków o cholerę podejrzanych.

Na Odrze desinfekcyonowano 15930 statków i doniesiono o 7 przypadkach cholery a o 3 o cholerę podejrzanych.

— Król i królowa włoscy wyznaczyli nagrodę 10000 franków za najlepszy przyrząd do transportu rannych. Modele w $^1/_4$ naturalnej wielkości należy przysłać do 30. czerwca b. r. do Towarzystwa Czerwonego Krzyża w Rzymie pod adresem L. delli Sonaglia.

— Według ostatnich wiadomości przedstawiło kolegium profesorskie Wydziału lekarskiego w Wiedniu na opróżnioną przez śmierć Prof. Kahlera katedrę kliniki chorób wewnętrznych wyłącznie tylko Prof. Wilhelma Erba z Heidelbergu.

— Oczekiwane od tak dawna izby lekarskie otrzyma naprzód Austrya górna. Według rozporządzenia Namiestnictwa górno-austryackiego izba lekarska będzie mieć siedzibę w Lincu i składać z 19 członków, z których 3 wybiorą lekarzy stolicy, resztę zaś i tyluż zastępców lekarze na prowincyi podzieleni na okręgi tymczasowe. Na 17 lekarzy przypada jeden członek izby lekarskiej.

— *Monomania neurologica.* Jakiś professor amerykański (amerykański oczywiście!) odkrył, że suchoty płucne są po prostu nerwicą nerwu błędnego a gruzełki pewną formą pasówki (Herpes zoster). Sławny ginekolog angielski Lawson Tait, znany przeciwnik wiwisekcyj, twierdzi znów, że wszystkie zapalenia otrzewny, tak ostre jak i przewlekłe, polegają na zmianie chorobowej w nerwach trzew. O cholerze wielu już teraz nie wątpi, że jest chorobą układu nerwowego. Tak dalej idąc, przyjdzie się do przekonania, że nie ma innych chorób prócz nerwowych! *Centralblatt für Nervenheil. Marzec 1893.*

— O dopuszczeniu kobiet do zawodu lekarskiego a w szczególności do praktyki położniczej napisał Prof. R. Dohrn osobny a gruntowny artykuł w *Deutsche med. Wochenschrift*, z którego czerpiemy następujące uwagi.

Wielu osobom zdaje się, że nie jest rzeczą właściwą, by mężczyźni leczyli kobiety a mianowicie występowali czynnie w chorobach i funkcyach właściwych tylko kobietom. Jest to wszakże tylko teorya, bo praktyka uczy na podstawie statystyki krajów cywilizowanych, iż do coraz większej liczby porodów wzywa się akuszerów tam nawet, gdzie wszystko odbywa się fizyologicznie i gdzie zatem niema żadnej potrzeby czynnej pomocy akuszera. Jestto najlepszym dowodem, iż ogół ludności i same kobiety interesowane zapatrują się inaczej na męzką pomoc lekarską w ginekologii i położnictwie, niż o tem sądzą teoretycy. Przyczyna tkwi w tem, iż zawód lekarski a mianowicie położnika wymaga bardzo często takiej siły i wytrwałości fizycznej z jednej strony a z drugiej takiego stopnia rozwagi, energii i stanowczości, jakich nie mają kobiety. Tam, gdzie trzeba nie tylko wystąpić czynnie, ale i wystąpić we właściwej chwili, gdzie zatem nie można ulegać życzeniom, prośbom i naleganiom kobiet i ich mężów, tam da sobie radę tylko mężczyzna, tam nie przyda się na nic kobieta ze swą wrażliwością i brakiem stałości. Podobnie, jak z położnictwem, ma się rzecz i z ginekologią, która w znacznej części wkroczyła w dziedzinę chirurgii a przeto nie nadaje się dla kobiet jako pole ich działania.

— **Nekrologia.** W Mińsku gubernialném zmarł w dniu 16. b. m. Dr. Franciszek Wereńko, przeżywszy lat 31. Zmarły ogłosił w roku 1887 pracę pod tytułem Mięśnie serca nagrodzoną złotym medalem przez uniwersytet warszawski a później mimo ciężkiej choroby płucnej, która ostatecznie położyła kres jego życiu, zajmował się nie tylko nauką i praktyką lekarską, ale nadto i poszukiwaniami archeologicznemi w powiatach Boryczowskim i Lepelskim.

W myśl uchwały powziętej na 2 gim zjeździe lekarzy powiatowych we Lwowie, odbędzie się w dniu 30. kwietnia r. b. (Niedziela) **trzeci zjazd lekarzy powiatowych we Lwowie.** Obrady toczyć się będą nad kwestyami poruszonemi na poprzednich zjazdach, tudzież nad wnioskami, które Szanowni Koledzy raczą w streszczeniu przesłać na ręce sekretarza zjazdu Dra Obtułowicza (Lwów — plac Smolki l. 5, I. piętro).

Porządek dzienny zostanie w odpowiednim czasie ułożony i ogłoszony.

Miejsce zgromadzenia: *Sala Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego* (Lwów, Rynek l. 10, II. piętro).

Początek o godzinie 10. zrana.

Dr. Merunowicz prezes zjazdu. *Dr. Obtułowicz* sekretarz zjazdu.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we Środę dnia 5. kwietnia b. r. o godzinie 6. po południu posiedzenie zwyczajne w sali Śniadeckich (*Collegium novum* I. piętro). Porządek dzienny: 1) Demonstracye anatomo-patologiczne kol. prof. Browicz, 2) odłożona demonstracya hodowli i preparatów prątka tężcowego (*tetanus*) kol. Ponikło.

Korespondencya redakcyi.

Wny Dr. **H. R. w N.-N.** *Nowiny Lekarskie* wychodzą bardzo regularnie w Poznaniu; kartę pocztową Sz. Kolegi przesłaliśmy ich redakcyi.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

Nakładem Tow. Lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.